

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013 _____

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ASTIFATE El khalifa

Née le 17/05/1983, à Puteaux

Présentée et soutenue publiquement le : 10 octobre 2013

**A quoi sert une commission des thèses dans un département de
médecine générale ? L'exemple de Paris-Diderot**

Président de thèse : **Professeur** NOUGAREIDE Michel

Directeur de thèse : **Professeur** AUBERT Jean-Pierre

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre AUBERT

Professeur de médecine générale

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse, et que je remercie tout particulièrement pour ses encouragements constants et sa disponibilité et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

Merci de m'avoir fait progresser.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma haute considération et de mon profond respect.

A Monsieur le professeur NOUGAREIDE Michel

Qui me fait l'honneur de présider le jury.

J'espère que vous trouverez l'empreinte de vos enseignements tout au long de mon cursus à Paris 7.

A Monsieur le Professeur LAZARUS

Professeur de Santé Publique à la Faculté de Bobigny-Paris 13

Qui a accepté de juger ce travail à la lumière de son expertise.

Qu'il reçoit le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect

A Madame le Professeur Sylvie CHEVRET

Professeur des universités en Bio statistiques à l'Université Paris Diderot -Paris 7

Pour sa disponibilité et son aide précieuse en statistiques.

Nous vous sommes reconnaissants de votre disponibilité et de vos conseils.

Au Docteur Le Bel, pour son aide en Bio statistiques.

A mes parents,

Qui donne sens à la vie.

Pour votre amour, votre sagesse et votre générosité.

Soyez fiers de nous.

Merci pour tout.

A Maman, Maman et encore Maman

Je ne pourrai jamais te rendre tout l'amour que tu nous donnes, et je te dédie tout ce travail car tu es toute ma vie. Tu es mon modèle depuis toujours et tu le resteras pour toujours.

A mon frère et à ma petite sœur,

Qui ont été toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais souvenirs,

A votre tour de voler de vos propres ailes.

A ma petite nièce,

Un petit ange qui fait tout oublier : une vraie bouffée d'oxygène.

A toute ma belle famille,

Pour m'avoir si généreusement accueillie. Merci pour votre soutien inconditionnel.

A mes belles-sœurs

Pour leur soutien et leurs encouragements constants,

Merci pour votre sympathie, votre joie de vivre et votre générosité.

Aux médecins

Qui m'ont accueillie en stage et dans leur cabinet et en particulier au Docteur Dhumerelle que je remercie de m'avoir fait profiter de son expérience.

A mes amis, *pour toutes les joies partagées.*

Et pour finir,

A mon Mari,

Merci pour tout, aucun mot ne saurait exprimer toute ma gratitude.

ABREVIATIONS:

AF : agrément de la fiche de thèse

DES : *diplôme d'études spécialisées.*

DMG : département de médecine générale

KM : courbe de Kaplan-Meier

MG: *médecine générale*

PID : *première inscription en DES de médecine générale*

PDF : *premier dépôt de la fiche de thèse*

ST : *soutenance de thèse*

Taux AG : *taux d'agrément de la fiche de thèse*

Taux AJ : *taux d'ajournement de la fiche de thèse*

REMERCIEMENTS :	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
ABREVIATIONS:	3
1 INTRODUCTION :	8
1.1 QU'EST-CE QU'UNE THESE ?	8
1.1.1 <i>Historique :</i>	8
1.1.2 <i>définition de la médecine générale :</i>	8
1.2 QU'EST-CE QU'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE ?	9
1.2.1 <i>Définition :</i>	9
1.2.2 <i>Pourquoi un travail de recherche ?</i>	10
1.2.2.1 Règles juridiques :	10
1.2.2.2 Délivrance du Diplôme d'Etat de Docteur en médecine générale :	11
1.2.3 <i>Comment faire une thèse de médecine dans la discipline de médecine générale ?</i>	11
1.2.3.1 Le choix d'un sujet de thèse	11
1.2.3.2 Le choix du directeur	12
1.2.3.3 Le choix d'un président	12
1.2.3.4 Le choix d'un jury	13
1.2.3.5 Soutenance de la thèse	13
1.2.4 <i>Les sujets de thèse de MG :</i>	13
1.2.5 <i>Niveau scientifique des thèses de médecine générale, publications :</i>	14
1.2.6 <i>Le délai de réalisation de la thèse de médecine générale :</i>	15
1.2.6.1 Règlement de soutenance de la thèse d'exercice :	15
1.2.7 <i>Le contexte démographique de la médecine générale :</i>	16
1.3 CONTEXTE PROPRE AU DMG PARIS-DIDEROT :	17
1.3.1 <i>La commission des thèses :</i>	17
1.3.1.1 Création:	17
1.3.1.2 Objectifs :	18
1.3.1.3 Composition :	18
1.3.1.4 Fonctionnement :	19
1.3.1.5 Site internet, autres services proposés par la commission :	20
2 HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS :	21
2.1 HYPOTHESE CENTRALE ET AXES DE TRAVAIL :	21
2.1.1 <i>Axe 1 : analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse (4 points/ Première inscription en DES (PID), 1^{er} dépôt de fiche (PDF), agrément de la fiche (AF), soutenance de thèse (ST) :</i>	21
2.1.2 <i>Axe 2 : analyser le fonctionnement interne de la commission (agrément au premier passage, cohérence des avis des rapporteurs, cohérence des avis de la commission avec celui des rapporteurs, taux de refus) 21</i>	
2.1.3 <i>Axe 3 : analyser les accidents de parcours de thèse</i>	21
2.1.4 <i>Axe 4 : vérifier la cohérence fiche-thèse</i>	22
2.1.5 <i>Axe 5 : examiner les thèmes de thèse et les méthodes utilisées :</i>	22
2.2 OBJECTIFS	22
2.2.1 <i>Objectif primaire</i>	22
2.2.2 <i>Objectifs secondaires</i>	22
2.2.3 <i>Critères d'évaluation:</i>	23
2.2.3.1 Objectif 1.1 :	23
2.2.3.2 objectif 1.2 :	23
2.2.3.3 objectif 2 :	23

2.2.3.4	objectif 3.....	23
2.2.3.5	objectif 4 :.....	23
2.2.3.6	objectif 5 :.....	23
3	MATERIELS ET METHODE :.....	24
3.1	LES OUTILS D'ÉTUDE :.....	24
3.2	LA DUREE DE L'ÉTUDE :.....	24
3.3	LES METHODES ET L'ANALYSE PAR AXE ETUDIE:.....	24
3.3.1	<i>Axe 1 : Analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse :</i>	24
3.3.1.1	Définitions :.....	25
3.3.1.2	Critères secondaires :.....	26
3.3.2	<i>Axe 2 : Analyser le fonctionnement interne de la commission</i>	27
3.3.2.1	Évolution des taux de validation des fiches :.....	28
3.3.2.2	Évolution du taux de cohérence de la commission :.....	28
3.3.3	<i>Axe 3 : analyse qualitative des accidents constatés:</i>	29
3.3.3.1	Définition des accidents :.....	29
3.3.3.2	Type et modalités d'étude :.....	29
3.3.4	<i>Axe 4 : Vérifier la cohérence Fiche/Thèse :</i>	30
3.3.4.1	Principe.....	30
3.3.4.2	Grille de cohérence :.....	30
3.3.4.3	Grille de calcul :.....	31
3.3.5	<i>Axe 5 : Examiner les thèmes de thèse et les méthodes utilisées :</i>	31
3.3.5.1	Descripteurs utilisés :.....	31
3.4	LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	33
3.4.1	<i>Base de données consultées, mot-clés et équations de recherche</i>	34
3.4.2	<i>Littérature grise</i>	35
3.4.3	<i>Disponibilité des thèses de MG de Paris 7 :</i>	35
3.4.3.1	Modalité de dépôt des thèses :.....	35
3.4.3.2	Taux de thèses présentes sur le site du DMG :.....	35
4	RÉSULTATS :	36
4.1	AXE 1 : ANALYSER LE PARCOURS DE L'ÉTUDIANT SUR LE CHEMIN DE LA THESE :.....	36
4.1.1	<i>Délai PID/ST :</i>	36
4.1.1.1	Droite de régression du délai moyen PID/ST :.....	36
4.1.1.2	Courbes de Kaplan-Meyer.....	36
4.1.2	<i>évolution du taux d'étudiants ayant soutenu leur thèse quatre ans après le début de leur DES :</i> 40	
4.1.3	<i>Mesurer l'évolution du délai entre la PID et l'AF :</i>	41
4.1.3.1	Médiane :.....	41
4.1.3.2	Courbe de régression du délai PID/AF :.....	42
4.1.4	<i>Mesurer l'évolution du délai entre la PID et la PDF :</i>	42
4.1.4.1	Médiane :.....	42
4.1.4.2	Droite de régression du délai PID/PDF :.....	43
4.1.5	<i>Mesurer l'évolution du délai AF / ST.....</i>	44
4.2	AXE 2 : ANALYSER LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE LA COMMISSION :.....	45
4.2.1	<i>Évolution du taux d'agrément :</i>	45
4.2.1.1	Données quantitatives et définition:.....	45
4.2.1.2	: Évolution du taux d'agrément au premier passage :.....	46
4.2.1.3	Analyse statistique :.....	47
4.2.2	<i>Évolution des Taux d'agrément, taux d'ajournement et taux de refus globaux :</i>	47
4.2.2.1	Données.....	47

4.2.2.2	Analyse statistique :.....	48
4.2.2.3	Analyse des motifs de refus et d’ajournement sur les fiches de thèse :.....	49
4.2.3	<i>Cohérence des avis des rapporteurs</i>	50
4.2.4	<i>Comportement de la commission en fonction des avis des rapporteurs</i> :.....	50
4.2.4.1	Comportement de la commission face à des avis de rapporteurs consensuels.....	50
4.2.4.2	Comportement de la commission face à des avis de rapporteurs dissensuels.....	52
4.3	AXE 3: ANALYSE QUALITATIVE DES ACCIDENTS CONSTATES:.....	53
4.3.1	<i>Population concernée</i> :.....	53
4.3.1.1	Profil des étudiants accidentés :.....	54
4.3.2	<i>Importance relative des accidents</i>	55
4.3.2.1	ACCIDENT 1 :.....	55
4.3.2.2	ACCIDENT 2 :.....	55
4.3.3	<i>Résultats des entretiens</i> :.....	55
4.3.3.1	liste de causes en rapport avec la pédagogie de la thèse :.....	55
4.3.3.2	liste de causes en rapport avec la vie personnelle :.....	56
4.3.3.3	Liste de causes en rapport avec les représentations de la thèse :.....	56
4.3.3.4	Bénéfices individuels :.....	56
4.4	AXE 4 : VERIFIER LA COHERENCE FICHE-THESE :.....	57
4.4.1	<i>Cohérence fiche/thèse sur le thème</i> :.....	57
4.4.2	<i>Cohérence fiche/thèse sur les objectifs</i> :.....	57
4.4.3	<i>Cohérence fiche/thèse sur la méthode</i> :.....	57
4.4.4	<i>Analyse des MOTIFS d’incohérence</i> :.....	58
4.5	AXE 5 : EXAMINER LES THEMES DE THESE ET LES METHODES UTILISEES :.....	59
4.5.1	<i>Classification de l’objet d’étude des fiches</i> :.....	59
4.5.2	<i>Classification des méthodes</i> :.....	60
4.5.3	<i>Classification des thèmes</i> :.....	60
4.5.3.1	Thème THERAPEUTIQUE :.....	61
4.5.3.2	Thème DIAGNOSTIC :.....	62
4.5.3.3	Thème: le MG.....	62
4.5.3.4	Thème: Pathologie.....	62
4.5.3.5	Thème: le Patient.....	62
4.5.3.6	Thème : HISTOIRE.....	63
5	DISCUSSION	64
5.1	ANALYSE DES RESULTATS ET DE LA METHODE :.....	64
5.1.1	<i>Axe 1 : Analyser le parcours de l’étudiant sur le chemin de la thèse</i> :.....	64
5.1.1.1	Originalité de l’outil :.....	64
5.1.1.2	Objectif de soutenance à 4 ans :.....	65
5.1.1.3	Délais relatifs de dépôt, agrément de fiche et soutenance de thèse.....	65
5.1.1.4	Critique de la méthode :.....	66
5.1.2	<i>Axe 2 : analyse du fonctionnement interne de la commission</i> :.....	66
5.1.2.1	Analyse de l’évolution du taux d’agrément d’emblée :.....	66
5.1.2.2	Analyse des taux d’agrément, ajournement et refus :.....	66
5.1.2.3	Analyse de l’évolution du taux de cohérence de la commission :.....	67
5.1.2.4	Limite de l’étude :.....	67
5.1.3	<i>Axe 3 : Analyse qualitative des accidents</i> :.....	67
5.1.3.1	Analyse des résultats en rapport avec la pédagogie de la thèse :.....	67
5.1.3.2	Analyse des résultats en rapport avec la vie personnelle :.....	68
5.1.3.3	Analyse des résultats en rapport avec les représentations de la thèse :.....	69
5.1.3.4	Analyse de la méthode :.....	70
5.1.3.5	Limites de l’étude:.....	70

5.1.4	<i>Axe 4 : Vérifier la cohérence fiche-thèse :</i>	71
5.1.4.1	Analyse des résultats :	71
5.1.4.2	Biais d'interprétation	72
5.1.5	<i>Axe 5 : Examiner les thèmes de thèse et les méthodes :</i>	72
5.1.5.1	Analyse des résultats en rapport avec l'objet d'étude :	72
5.1.5.2	Analyse des résultats en rapport avec la méthode :	73
5.1.5.3	Analyse des résultats en rapport avec les thèmes :	75
5.1.5.4	: Limites de l'étude :	75
5.2	COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES THESES :	76
5.2.1.1	Critères de qualité des thèses:	76
5.2.1.2	Cause d'échecs ces thèses :	79
5.2.1.3	Formation des directeurs de thèse :	80
5.3	COMMENT AMELIORER LA RECHERCHE EN MG ?	86
5.3.1	<i>Etat des lieux en publication :</i>	86
5.3.2	<i>Les producteurs de recherche :</i>	87
5.3.2.1	Les départements de MG :	87
5.3.2.2	Les sociétés savantes :	87
5.3.2.3	Les réseaux locaux :	89
5.3.3	<i>Les différents modes de publication actuels :</i>	89
5.3.3.1	Communication dans un congrès scientifique :	89
5.3.3.2	Communications orales :	89
5.3.3.3	Communications affichées	89
5.3.3.4	Publication dans une revue scientifique :	89
5.3.3.5	Modes de valorisation :	90
5.3.3.6	Marqueurs de qualité des publications :	90
5.3.4	<i>Comment se former à la recherche ?</i>	91
5.3.4.1	D'abord la thèse de médecine	91
5.3.4.2	Se former aux méthodes quantitatives	92
5.3.4.3	Se former aux méthodes qualitatives	92
5.3.4.4	Se former dans le champ de la médecine générale	92
5.3.5	<i>La vision de la recherche par les MG :</i>	93
5.3.5.1	Une volonté des MG de faire de la recherche :	93
5.3.5.2	Le profil des médecins généralistes chercheurs :	93
5.3.5.3	Les freins à la recherche en MG :	93
5.3.5.4	Propositions d'amélioration de la recherche en MG :	95
6	CONCLUSION	98
7	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	99
8	RESUME	102
9	SUMMARY	103
10	ANNEXE	104

1 INTRODUCTION :

1.1 Qu'est-ce qu'une thèse ?

La 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. La plus répandue est la thèse de doctorat, qui ouvre droit au titre de docteur, diplôme d'état, à tel point que le vocabulaire universitaire français courant désigne souvent le doctorat comme la thèse (« s'inscrire en thèse », « thésard » pour le doctorant).

Chaque année, quelques 10 000 thèses de doctorat sont soutenues en France, toutes disciplines confondues, et le pays compterait environ 74 500 doctorants.(1).

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.

1.1.1 Historique :

Depuis l'enseignement délivré aux premiers médecins de l'histoire occidentale à la création de la première faculté de médecine de France le 17 août 1220 à Montpellier et jusqu'à la réforme Debré de 1958, la formation médicale a évolué.

La thèse clôt les études de médecine depuis 1803. Elle ne représentait alors qu'un mémoire de fin d'études nécessaire à l'obtention du diplôme d'Etat. Avec les progrès des sciences et le développement de la recherche, le contenu de la thèse s'est modifié.

1.1.2 définition de la médecine générale :

« La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. »(2)

Cette définition internationale et consensuelle de la médecine générale issue de la WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille), branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille(WONCA) a été rédigée en 2002. En France, la médecine générale n'a obtenu de statut de discipline universitaire en France qu'en 2004.

L'Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 (Debré)(3) relative à la création de centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale réorganisa le système universitaire et hospitalier. Etaient créés un corps de médecins hospitalo-universitaires ayant la charge d'assurer à la fois le développement de la recherche en médecine et la formation des futures générations de praticiens. L'existence des concours de l'externat et de l'internat assurait aux étudiants qui les

réussissaient une formation clinique de qualité, cependant les recalés (dont faisaient dans la pratique partie la plupart de futurs généralistes) étaient exclus du dispositif de formation clinique au lit du malade.

Les grandes étapes de l'amélioration de la formation des médecins généralistes sont :

- l'instauration de l'externat pour tous en 1968, assurant à tous les étudiants une formation clinique minimale,*
- la mise en place des départements de médecine générale en 1997, initialement codirigés par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste*
- l'instauration du résidanat (2001) puis des épreuves classantes nationales (2004), assurant à tous les étudiants une formation clinique et thérapeutique supervisée en milieu hospitalier*
- la reconnaissance en janvier 2004 de la médecine générale comme spécialité à part entière, dont la formation est dorénavant sanctionnée par la délivrance d'un diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).*
- La création en 2007 des premiers postes de chefs de clinique de médecine générale, dont la part d'activité relative aux soins est effectuée en milieu ambulatoire*
- La loi du 8/2/2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale (4) reconnaissant la nécessité pour les médecins généralistes d'être formés par leurs pairs, médecins généralistes exerçant en ambulatoire, et non par des spécialistes hospitalo-universitaires*
- La loi HPST de 2009 définissant les missions de la médecine générale sur le territoire*

1.2 Qu'est-ce qu'une thèse de médecine générale ?

1.2.1 Définition :

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire avec son contenu d'enseignement spécifique, ses niveaux de preuve et sa pratique qui la différencient des autres spécialités :

- elle se consacre aux soins primaires ;*
- elle privilégie la démarche clinique par rapport à l'intervention technique ;*
- elle a pour but de satisfaire la majorité des besoins individuels de santé, dans une relation prolongée avec les patients, dans le cadre de la famille et de la communauté.*

De ce fait, la thèse de médecine générale est un travail scientifique ayant pour finalité de produire des connaissances dans ces différents champs.

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. Elle est obligatoire pour clôturer le troisième cycle et pour l'installation ainsi que pour devenir médecin hospitalier.

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.

La soumission de cette thèse à un jury, et la satisfaction à l'ensemble des exigences du troisième cycle permet à l'étudiant de porter le titre de docteur en médecine.

1.2.2 Pourquoi un travail de recherche ?

Dans le cadre du DES de MG, l'étudiant doit réaliser un travail de recherche dans le champ de la discipline Médecine Générale : soit par la thèse de doctorat de médecine, à condition que celle-ci satisfasse aux critères d'un travail de recherche en médecine générale, soit en réalisant un mémoire de recherche en médecine générale (MRMG), indépendamment de la thèse.

Les thèses de médecine générale ont pour finalité de conclure le cursus de l'étudiant bien sûr, mais également d'aider à la production des connaissances en médecine générale.

Ainsi après la reconnaissance politique et administrative de la médecine générale à travers la création du DES de médecine générale, les départements de médecine générale ont aujourd'hui à cœur de développer la recherche dans leur discipline, et d'atteindre rapidement un volume et des niveaux scientifiques de publications comparables à ceux observés dans des pays où la discipline est plus anciennement structurée (Royaume-Uni, Hollande...). La production de thèses d'exercice de qualité est un enjeu pour cet objectif.

En France, les deux premiers cycles des études médicales ne forment pas aux démarches de recherche. « Formuler une question, élaborer une méthode, recueillir des données, les analyser, discuter des résultats, rédiger, publier : la plupart des internes en premier semestre ignorent à peu près tout de ces activités » (5) d'après Hector Falcoff, la thèse de médecine est la première et seule opportunité de mener un travail de recherche.

1.2.2.1 Règles juridiques :

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 :

« La thèse conduisant au diplôme d'Etat de docteur en médecine est soutenue devant un jury présidé par un professeur des universités-praticien hospitalier et composé d'au moins quatre membres dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales désignés par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. La soutenance de cette thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et, au plus tard, trois années après la validation du troisième cycle des études médicales. »

1.2.2.2 Délivrance du Diplôme d'Etat de Docteur en médecine générale :

La délivrance du diplôme de docteur en médecine, spécialité Médecine Générale, nécessite la validation du DES de médecine générale.

A ce propos, l'article 21 du Décret n°2010- 700 du 25 juin 2010 (8) du Code de Santé publique dit :

« Le diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut être délivré qu'aux candidats ayant à la fois soutenu avec succès leur thèse et obtenu le diplôme d'études spécialisées mentionné à l'article 22 du présent décret, délivré par les universités habilitées à cet effet. »

Le DES de médecine générale est un cursus professionnel qui s'étend sur trois ans et permet l'acquisition des compétences en médecine générale.

La validation du D.E.S. se fait sur la validation des stages avec respect de la maquette, la validation de l'enseignement théorique, et la validation par le tuteur des traces d'apprentissage et travaux personnels de l'interne contenus dans son port-folio.

Si la thèse n'est pas considérée par le département de médecine générale comme un travail de recherche en médecine générale l'interne devra présenter, outre sa thèse, un mémoire de D.E.S., travail de recherche en médecine générale.

1.2.3 Comment faire une thèse de médecine dans la discipline de médecine générale ?

La thèse d'exercice est une contribution au développement de la connaissance scientifique. L'objectif pédagogique de ce travail est de donner aux étudiants les outils d'une problématisation scientifique : exposé d'un problème, formulation d'hypothèses et d'objectifs de recherche, élaboration d'une méthode, recueil et exploitation de données.

1.2.3.1 Le choix d'un sujet de thèse

Afin de développer une recherche disciplinaire, il est souhaitable que les internes de médecine générale puissent effectuer un travail de recherche sous la direction d'un directeur de thèse appartenant à leur discipline.

Le choix d'un sujet de thèse est un dilemme pour l'étudiant et constitue une opération particulièrement importante qui doit être conduite avec un directeur de thèse.

La thèse étant un travail de recherche original avec un apport à la connaissance scientifique, le sujet choisi doit être « pertinent, original, éthique et surtout faisable » selon Hervé Maisonneuve(9) ce qui suppose de savoir limiter la portée des questionnements de thèse aux contraintes, notamment de temps et d'argent, qui sont celles d'un étudiant en fin d'études.

La médecine générale et les soins primaires sont en France un domaine encore peu exploré sur le plan scientifique et par conséquent un grand nombre de questions attendent encore des réponses.

Les sujets sont divers et variés et émanent en majorité soit du milieu hospitalier soit du milieu libéral ainsi que de la faculté elle-même (le DMG).

L'étudiant a la possibilité de consulter sur internet la banque nationale des thèses en allant sur le site du catalogue national du SUDOC(10) dans lequel il trouvera des thèses, mémoires et autres documents ayant trait au thème qui l'intéresse.

Si l'étudiant n'arrive pas à formaliser un projet de recherche, il peut demander des conseils et des idées à son tuteur, à ses maîtres de stage de médecine générale, aux médecins qui l'ont entourés durant ses stages de troisième cycle, ainsi qu'aux enseignants du DMG ou aux membres de la commission des thèses, s'il en existe une dans son département de MG

1.2.3.2 Le choix du directeur

D'après une étude sur le vécu de l'interne de médecine générale de Lille(11), les qualités de directeur de thèse attendues par les internes sont en 1er la disponibilité, vient ensuite l'accessibilité, l'expertise et la rigueur.

Durant les travaux de recherche l'étudiant peut être amené à faire appel à d'autres personnes : méthodologiste (médecin du département de santé publique le plus souvent, parfois sociologue si méthodologie qualitative), documentaliste (recherche bibliographique), biostatisticiens...

1.2.3.3 Le choix d'un président

Le président de thèse est nécessairement un professeur titulaire.

Il donne son accord sur le choix du sujet (imprimé d'approbation du sujet), il donne son accord écrit sur le texte de la thèse, après sa rédaction (permis d'imprimer) et il participe au jury avec voix décisionnelle.

Le plus souvent c'est le directeur de thèse qui oriente vers un président qui doit avoir un intérêt pour le sujet.

Il doit être choisi, de préférence, parmi les Professeurs de sa Faculté d'origine. Si toutefois le Président appartient à une autre université, le candidat soutiendra sa thèse dans l'université du Président où son dossier universitaire sera transmis.

1.2.3.4 Le choix d'un jury

La composition du jury doit être idéalement en rapport avec le sujet de la thèse et la discipline du candidat.

Le jury est composé d'au moins quatre membres, dont trois enseignants titulaires des disciplines médicales (PU/PH, PU/MG ou MCU/PH), y compris le Président obligatoirement PU/PH ou PU/MG, ainsi que du directeur de thèse. Le quatrième membre peut être médecin, PH, PU ou MCU. D'autres membres peuvent être invités au jury si nécessaire, notamment le directeur de thèse. (Ils ne signent pas le procès-verbal de soutenance de thèse).

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".

1.2.3.5 Soutenance de la thèse

Les règles de soutenance sont définies par les facultés de médecine. Les règles ci-dessous sont celles qui sont proposées par l'UFR de médecine Paris Diderot.

Après contact avec les membres du jury, la date de soutenance est déterminée par le Bureau des thèses de la Faculté de Médecine - Site Bichat. Cette date dépend des disponibilités des membres du jury. Le délai entre la délivrance du permis d'imprimer et la date de soutenance ne peut pas être inférieur à 45 jours.

La soutenance de la thèse se déroule dans les locaux de la faculté.

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 candidat aura préalablement soumis une version écrite de sa thèse aux membres du 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 sur l'étude de cette version et de la présentation orale que le jury donne son accord ou non pour la validation de la thèse avec attribution d'une mention, et éventuellement un prix de thèse.

1.2.4 Les sujets de thèse de MG :

L'acceptation d'une thèse d'exercice comme appartenant au champ disciplinaire de la médecine générale et, par conséquent, validant le travail de recherche nécessaire à l'obtention du DES de médecine générale, est prononcée par le directeur du département de médecine générale (et depuis 2008 déléguée à Paris Diderot à la commission des thèses).

Dans une évaluation des projets de thèse faite par le Pr Aubert en 2011 dans le département de médecine générale de Paris 7 (12), on retrouvait comme objet d'étude le plus fréquent les Médecins avec 45% des travaux dont 29% concernaient le médecin généraliste, 13% les internes et 3% seulement les médecins spécialistes ; les travaux prenant les patients pour objet étaient eux de l'ordre de 39% avec 26% les patients ambulatoires et 13% les patients hospitalisés.

Les principales thématiques de recherches retrouvées dans cette étude étaient autour des problèmes cliniques (pronostic, traitement prévention), de santé publique, d'amélioration de la qualité des soins, d'éducation pour la santé, de recherche en éducation, de FMC, d'analyse de l'influence des facteurs culturels sur la santé, de recherche méthodologique.

1.2.5 Niveau scientifique des thèses de médecine générale, publications :

Pour toutes les spécialités médicales, la recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité de soins. Or dans ce domaine, la médecine générale souffre indéniablement en France d'un handicap par rapport aux autres spécialités médicales(13) et où la recherche est devenue un enjeu particulier depuis la création du DES .

Plusieurs travaux se sont intéressés au contenu, au processus d'élaboration et à la qualité des thèses de médecine générale françaises : selon une étude analysant 252 thèses de la faculté de Paris-Descartes, 22% des thèses n'auraient pas de question de recherche identifiée, et 47% auraient un résumé ne respectant pas la structure IMRAD(14) : la qualité des thèses de médecine générale semblent loin d'être parfaite.

De même, dans une étude des publications des thèses d'exercice de médecine et de mémoires soutenues de 2002 à 2008 à la faculté d'Angers (15), sur 598 thèses soutenues à Angers (311 thèses de MG soit 52%), seules 165 thèses ont donné lieu à des publications dont 11% en MG contre 22% en spécialité. Et parmi les 97 articles indexés dans Medline, 33 ont été publiés dans des journaux de haute qualité classés A, B ou C de la classification SIGAPS. Cette étude a prouvé que la production scientifique de la faculté de médecine d'Angers a été de bonne qualité mais insuffisante quantitativement et particulièrement pour la MG.

Actuellement la plupart des départements de médecine générale sont engagés dans un processus actif d'amélioration de la qualité des thèses d'exercice, devant aboutir à une augmentation du taux de publications et à une meilleure visibilité de la discipline au plan scientifique.

Dans une étude suédoise de 1975 à 2003 analysant le développement de la recherche en soins primaires de différents pays du monde, des chercheurs ont comparé le nombre de publications indexées dans Pubmed en tant que travaux de recherche en médecine générale, selon la nationalité des auteurs (16).

En 2003 il y avait eu 1038 publications pour le Royaume Uni, 159 pour les Pays-Bas, 77 pour la France. Pour faciliter la comparaison le nombre de publications a été rapporté à la taille de la population. Par million d'habitants on comptait 18 publications pour le Royaume Uni, 10 pour les Pays-Bas, 10 à 12 pour les différents pays scandinaves, 1 à 2 pour la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie.

En France, une étude effectuée à la faculté de médecine de l'université de Lille 2 (FML2) entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2007, a montré que 11,3% des 2150 thèses d'exercice de médecine soutenues ont fait l'objet d'une publication scientifique(17) . La médecine générale publiait 4,5% de ses thèses d'exercice de médecine et

se situait à l'avant-dernier rang dans le classement des publications par groupe de DES alors qu'elle était la première en terme de nombre de thèses d'exercice soutenues.

« Le groupe de DES spécialités médicales était le groupe de DES qui a un taux de publication le plus important (25,1%). »

De même, dans une étude à la faculté de médecine de Brest entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2005, seules 13,2% des thèses d'exercice soutenues ont fait l'objet d'une publication dans une revue référencée dans la base de données MEDLINE. Parmi les 156 thèses soutenues par les étudiants en médecine générale, 5 thèses (3,2%) ont fait l'objet d'une publication contre 44 des 215 thèses soutenues dans les autres spécialités(18) ; et seules 3 des 5 publications en médecine générale contre 25 des 44 thèses d'autres spécialités étaient publiées dans des revues internationales.

La publication nécessite la sollicitation de tous les participants au travail de recherche, en commençant par le directeur de thèse en lien avec le président du jury, s'il le souhaite.

Les projets de recherche pouvant faire l'objet d'une publication sont soutenus activement par les départements de médecine générale, avec la mise à disposition d'une aide logistique et/ou scientifique (méthode, rédaction en anglais) pour valoriser la recherche et la rendre socialement utile.

1.2.6 Le délai de réalisation de la thèse de médecine générale :

1.2.6.1 Règlement de soutenance de 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) dit :

« La soutenance de cette thèse peut intervenir, au plus tôt, dès la validation du troisième semestre de formation et, au plus tard, trois années après la validation du troisième cycle des études médicales. »

Si l'interne n'a pas soutenu sa thèse au-delà de la troisième année à compter de l'expiration de la durée normale du DES, aucune autorisation de remplacement ni aucun renouvellement d'autorisation de remplacement ne pourra être délivré (Code de santé publique).

« Si la thèse n'a pu être soutenue dans les délais impartis, des dérogations dûment justifiées peuvent être accordées par le président de l'université sur proposition du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

La délivrance du diplôme d'Etat de docteur en médecine ne peut intervenir qu'au terme de la validation totale du troisième cycle, conjointement à celle du diplôme d'études spécialisées obtenu, délivré par les universités habilitées à cet effet. »

Avec la création récente du DES de médecine générale en 2004, il a fallu harmoniser le décret au profit des anciens étudiants dont le statut de résident diffère des étudiants en DES.

L'Article 57 du Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 du Code de Santé publique explicite les dispositions particulières des résidents concernant les règles de validation de la thèse. « A compter de l'année universitaire 2005-2006, aucune première inscription en résidanat n'est autorisée. A compter de cette même année universitaire, les étudiants engagés en résidanat ont jusqu'au terme de l'année universitaire 2011-2012 pour valider l'intégralité de la formation théorique et pratique et soutenir leur thèse ».(7)

1.2.7 Le contexte démographique de la médecine générale :

La situation démographique du soin primaire est préoccupante en France. L'ensemble des études récentes, recensées notamment dans le dossier bibliographique de l'IRDES(19) sur www.irdes.fr Octobre 2012 Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger soulignent, pour la population des médecins généralistes français :

- Une baisse globale des effectifs, qui devrait atteindre 10% à 15% entre 2010 et 2020, le niveau de 2010 ne pouvant, au mieux, être ré-atteint qu'en 2030
- Une pyramide des âges très déséquilibrée, l'âge moyen des médecins en activité régulière étant actuellement de 51.4 ans, et les médecins de 55 ans et plus comptant pour 30% des effectifs (contre 14% pour les médecins de moins de 40 ans)
- Une désaffection générale pour l'exercice libéral

Au premier janvier 2011, le Tableau de l'Ordre recensait 9 903 médecins Remplaçants et deux à trois mille médecins non-inscrits à l'Ordre mais ayant une licence de remplacement (20). Ils représentent 5% de l'effectif global des médecins actifs en France, le même taux qu'en 2000 (21) 69% des remplaçants sont des médecins généralistes.

Face à cette situation démographique très inquiétante pour l'avenir à court terme du soin primaire en France, il est urgent d'accélérer le processus de mise sur le marché de nouveaux généralistes, et de susciter à nouveau leur désir de s'implanter sur le territoire français, que ce soit en libéral ou en salariat.

Différentes solutions sont envisagées par les pouvoirs publics, mais dans tous les cas il est indispensable que le délai de formation des jeunes médecins généralistes soit réduit au minimum, et donc que le processus de fabrication de leur thèse soit optimisé puisque cette étape est indispensable à l'exercice professionnel.

Pour formaliser cette contrainte sous une forme concrète, le département de médecine générale de l'Université Paris-Diderot s'est donné pour objectif, à terme, de mener 75% de chaque promotion d'étudiants à la soutenance de thèse, dans un délai de quatre ans après la première inscription en DES de médecine générale.

C'est cette logique qui a conduit le département de médecine générale à la création d'une commission des thèses. Le département postule en effet qu'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.

1.3 CONTEXTE PROPRE AU DMG PARIS-DIDEROT :

1.3.1 La commission des thèses :

1.3.1.1 Création:

La commission des thèses du DMG de Paris 7 a pris naissance en novembre 2007. J'ai eu différents entretiens avec les membres de l'actuelle commission des thèses pour comprendre les raisons de sa création. La création de la commission a reposé sur un ensemble d'impressions ressenties par les responsables du département de médecine générale, impressions qui n'ont pas fait l'objet d'une confirmation par des études chiffrées, mais qui guident les missions actuelles de la commission :

- *Une durée excessive du processus de fabrication de la thèse. Les cas d'étudiants qui n'avaient pas soutenu leur thèse six ans après leur première inscription en troisième cycle de médecine générale étaient fréquents, cette situation aboutissant pour eux à l'impossibilité de faire des remplacements de médecine générale.*
- *L'impossibilité pour les étudiants du DMG d'identifier clairement les personnes-ressources pouvant être utilisées comme directeurs de thèse.*
- *L'impossibilité pour les étudiants du DMG d'identifier clairement les personnes-ressources pouvant être utilisées comme présidents de thèse.*
- *L'absence de centralisation des thèmes de travail, et la difficulté des étudiants à trouver un sujet de thèse, notamment en rapport avec la discipline de médecine générale.*
- *La faiblesse méthodologique de certains projets de thèse : absence de formulation d'une question claire, méthode non adaptée à la question posée, absence de calcul de nombre de sujets nécessaires...*
- *L'ensemble des problèmes aboutissait, avant 2007, à un allongement des processus de production de la thèse : difficultés à trouver un sujet, un directeur, un président, erreurs méthodologiques conduisant à des impasses et amenant le candidat à changer de sujet.*

Pour faire face à ces différentes difficultés, le DMG a décidé à partir de 2007, de créer une commission des thèses.

1.3.1.2 Objectifs :

Au département de médecine générale de l'Université Paris Diderot, plus de 80 à 100 thèses d'exercice sont soutenues chaque année, malgré un très faible nombre d'enseignants de MG.

Le but de la commission des thèses est d'assurer à chaque étudiant un travail de recherche de qualité en médecine générale. Elle cherche à éviter qu'un étudiant ne se fourvoie dans un travail mal structuré, mal défini, ou infaisable.

Ses principaux objectifs sont, lors de l'examen de chaque projet de thèse :

- *De vérifier que le projet est en rapport avec la discipline de médecine générale (et d'attribuer au projet la qualité de travail de recherche s'intégrant dans le DES de médecine générale)*
- *De vérifier qu'une (ou plusieurs) questions sont effectivement formulées*
- *De vérifier que des objectifs de recherche sont fixés*
- *De contrôler que la méthode proposée permettra de répondre à la question posée*
- *De repérer les travaux les plus prometteurs et de leur assurer un encadrement spécifique favorisant leur publication.*

En outre, la commission des thèses assure la mise à la disposition des étudiants d'un certain nombre de ressources (listes de présidents et de directeurs potentiels, outils d'aide à la recherche bibliographique, annuaires de thèses, outils statistiques...) favorisant la réalisation de la thèse.

1.3.1.3 Composition :

La commission est composée d'enseignants de MG et de trois chefs de clinique de MG.

Chaque projet est examiné par deux rapporteurs indépendants, désignés pour évaluer la fiche de thèse correspondante, selon une grille standardisée. Les deux rapporteurs rendent un avis écrit (chacun ne pouvant accéder à l'avis de l'autre rapporteur qu'après rédaction de son propre avis). Lors de la réunion de la commission, chaque fiche de thèse est présentée et analysée par ses deux rapporteurs, puis discutée en groupe.

La commission se réunit toutes les 6 semaines pour examiner en moyenne 20 à 30 projets par session. Elle rend un avis motivé (refusé, agréé ou ajourné) après discussion et délibération commune. Cet avis est transmis au candidat thésard, à son directeur de thèse, à son tuteur.

1.3.1.4 Fonctionnement :

Tous les étudiants doivent soumettre un projet de thèse auprès de la commission des thèses avant de débiter leur travail de thèse.

Ils remplissent la fiche de thèse accessible à partir de leur portfolio sur le site internet du département. Cette fiche est structurée en paragraphes imposés :

- Date de la présente version du projet de fiche de thèse
- Nom du directeur de thèse (sans le prénom)
- Adresse mail du directeur de thèse
- Contexte et justification
- Hypothèse et question
- Méthode
- Retombées potentielles
- Rôle de l'interne dans le projet de thèse
- Bibliographie succincte

Les fiches de thèse sont examinées par la commission, à la lumière de l'avis des deux rapporteurs, et à l'aide d'une grille d'analyse publique, éditée sur le site <http://www.bichat-larib.com/depot/071122-GRILLE-EVALUATION-FICHE-THÈSE.doc>.

La commission des thèses du département rend, au terme de sa délibération, un avis motivé sur l'objectif, la faisabilité, la méthode et l'acceptation du projet en tant que thèse relevant de la médecine générale.

A noter que, au plan administratif, la commission n'a aucun pouvoir effectif d'accepter ou de rejeter un projet de thèse. Elle se prononce en fait seulement sur le fait que le projet de l'étudiant puisse être retenu comme son travail de recherche en médecine générale permettant de valider le DES. Comme dans la pratique la quasi-totalité des étudiants souhaite que la thèse et le travail de recherche exigé dans le cadre du DES ne fassent qu'un, le refus d'un projet par la commission aboutit presque toujours à l'abandon par l'étudiant de son projet de thèse.

Trois avis sont possibles :

- projet refusé : le projet n'est pas agréé comme relevant de la spécialité de médecine générale. L'étudiant peut néanmoins poursuivre son projet de thèse, mais il devra, en plus de sa thèse, soutenir un mémoire dans la spécialité de médecine générale, pour obtenir son DES.
- projet ajourné : la commission souhaite des modifications du projet avant de se prononcer sur son agrément dans la spécialité de médecine générale. La nouvelle version, soumise par l'étudiant, sera examinée lors de la réunion suivante de la commission

- *Projet agréé : la commission agréée le projet comme relevant de la spécialité de médecine générale : le travail de la thèse peut véritablement commencer.*

Celui-ci fera fonction de mémoire de médecine générale dans le cadre de la soutenance du DES. En cas d'ajournement ou refus, la commission des thèses propose des conseils et une aide méthodologique à l'étudiant en le mettant en rapport avec des personnes ressources du département.

1.3.1.5 Site internet, autres services proposés par la commission :

Le dispositif s'appuie sur un outil internet, mis en place en 2007.

L'étudiant dépose sa fiche de thèse via la grille imposée sur son portfolio et clique sur le bouton « envoi » : le responsable de la commission reçoit la fiche et désigne, à l'aide du logiciel, 2 rapporteurs pour l'analyser. Les rapporteurs renseignent alors leur avis en ligne, et le projet est discuté le jour de la commission ; la commission rédige alors son avis en ligne après discussion, celui-ci est immédiatement envoyé à l'étudiant, au directeur de thèse et à son tuteur.

Chaque année, en moyenne plus de 100 à 150 projets de thèse sont évalués au sein de la commission, et ce chiffre ne fait qu'augmenter compte tenu de la croissance des effectifs d'internes.

De plus, une aide méthodologique sous forme de « boîte à outil du thésard » est disponible en ligne.

La commission fournit également à l'étudiant une aide personnalisée en cas d'ajournement ou de refus de projet de thèse.

L'étudiant trouve sur le site de la commission des thèses la liste des directeurs et des présidents potentiels, avec pour chacun ses centres d'intérêt, ainsi qu'un lien lui permettant d'entrer en contact avec le directeur ou le président choisi.

La commission organise notamment régulièrement des « soirées thèses », où sont invités des enseignants et d'autres étudiants, qui viennent écouter et discuter le projet d'un interne en demande de soutien, à quelque stade d'avancée dans son travail qu'il soit :

- *Présentation d'une idée de recherche*
- *Présentation d'un projet de protocole*
- *Présentation d'un protocole constitué*
- *Présentation de résultats partiels*
- *Présentation d'un travail finalisé avant soutenance*

Dans tous les cas, il bénéficie de la réflexion commune des personnes présentes à la soirée.

2 HYPOTHÈSES ET OBJECTIFS :

2.1 Hypothèse centrale et axes de travail :

Comme nous l'avons vu plus haut, l'un des objectifs de la commission des thèses du DMG Paris Diderot est de raccourcir les délais de réalisation de la thèse, pour raccourcir la durée de la formation des généralistes.

Le département de médecine générale s'est fixé pour objectif d'amener 75% des étudiants à la soutenance de thèse au terme de quatre années après l'inscription en DES.

L'hypothèse principale de notre étude est que le travail de la commission a permis de diminuer les délais nécessaires à l'obtention de la thèse.

Pour explorer cette hypothèse, nous avons défini cinq axes de travail.

2.1.1 Axe 1 : analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse (4 points/ Première inscription en DES (PID), 1^{er} dépôt de fiche (PDF), agrément de la fiche (AF), soutenance de thèse (ST) :

Afin de raccourcir les délais de soutenance, il faut évaluer les délais moyens de production des thèses ; c'est-à-dire les délais moyens pour déposer un premier projet de thèse, le délai pour agréer ce projet de thèse, et le délai moyen pour travailler et soutenir la thèse.

2.1.2 Axe 2 : analyser le fonctionnement interne de la commission (agrément au premier passage, cohérence des avis des rapporteurs, cohérence des avis de la commission avec celui des rapporteurs, taux de refus)

L'analyse du fonctionnement interne de la commission sera faite par l'étude des taux d'agrément, d'ajournement et de refus. Nous analyserons également la cohérence entre l'avis de la commission et celui des rapporteurs.

2.1.3 Axe 3 : analyser les accidents de parcours de thèse

Pour mieux comprendre (et prévenir) les accidents du parcours de thèse, nous analyserons le vécu et le ressenti des internes victimes d'accidents tout au long du travail de la thèse à l'aide d'entretiens individuels. Nous établirons une liste discutée des causes d'accident.

2.1.4 Axe 4 : vérifier la cohérence fiche-thèse

Le dépôt d'une fiche de thèse n'a de sens que si l'étudiant, lors de la réalisation de son travail de recherche, ne s'éloigne pas du projet initial. Nous analyserons, à travers un échantillon de thèses, le degré de cohérence entre la fiche et la thèse finale, tant au plan des objectifs que des méthodes.

2.1.5 Axe 5 : examiner les thèmes de thèse et les méthodes utilisées :

La commission ayant pour objectif de favoriser la recherche en médecine générale, nous examinerons la variété des thèmes de recherche, des objets d'étude, des méthodes utilisées, dans le but d'analyser la qualité de la production scientifique obtenue

2.2 OBJECTIFS

2.2.1 Objectif primaire

Objectif 1.1 : L'objectif primaire de l'étude est de mesurer l'influence de la mise en place de la commission des thèses sur le délai d'obtention de la thèse. Le critère d'évaluation principal est donc le délai PID-ST (Première Inscription en DES-Soutenance de la Thèse)

2.2.2 Objectifs secondaires

- *Objectif 1.2 (Axe 1) : Mesurer l'évolution du délai entre la PID (Première Inscription en DES) et l'AF (agrément de la fiche)*
- *Objectif 2 (Axe 2) : analyser le fonctionnement interne de la commission*
- *Objectif 3 (Axe 3) : identifier les causes d'accident possible sur le parcours de réalisation de la thèse*
- *Objectif 4 (Axe 4) : déterminer le taux de cohérence entre la fiche de thèse et la thèse finale*
- *Objectif 5 (Axe 5) : décrire les thèmes et les méthodes de recherche utilisées*

2.2.3 Critères d'évaluation:

2.2.3.1 Objectif 1.1 :

- *évolution du délai PID-ST depuis la mise en place de la commission*
- *évolution du taux d'étudiants ayant soutenu leur thèse quatre ans après le début de leur DES*

2.2.3.2 objectif 1.2 :

- *évolution du délai PID-AF depuis la mise en place de la commission*

2.2.3.3 objectif 2 :

- *évolution du taux d'agrément global par an par la commission*
- *évolution du taux d'agrément au premier passage*
- *évolution du taux de refus*

2.2.3.4 objectif 3

- *analyse qualitative des accidents constatés.*

2.2.3.5 objectif 4 :

- *évaluation, sur un échantillon randomisé de thèses, d'un critère composite de mesure de la cohérence fiche-thèse.*

2.2.3.6 objectif 5 :

- *analyse des sujets de thèses à l'aide d'une grille ad hoc d'analyse des thèmes et méthodes*

3 Matériels et méthode :

3.1 Les outils d'étude :

L'outil principal d'étude est le fichier électronique de la commission, totalement enregistré sur les bases de données du département.

Nous avons récupéré les fichiers de tous les étudiants par promotion depuis 2002 à 2009 auprès du secrétariat du DMG par le biais du logiciel Apogée.

De même, nous avons récupéré la liste complète des soutenances de thèses de Paris 7 de l'année 2003 (soit N+1) à la fin octobre 2012 c'est-à-dire la fin de l'année universitaire 2011/2012 auprès du bureau des thèses de paris 7.

3.2 La durée de l'étude :

Nous avons choisi de débiter l'étude en octobre 2002 (début de l'année universitaire 2002) et choisi de l'arrêter fin octobre 2012, soit la fin de l'année universitaire 2012, afin de pouvoir comparer ces années universitaires entre elles : c'est-à-dire la période avant DES (promotions de 2002 à 2004) versus l'après DES (promotions de 2005 à 2009).

Nous nous sommes arrêtés à la promotion 2009, car les promotions suivantes (2010, 2011...) étaient peu contributives compte tenu du faible nombre de soutenances pendant ces années et donc un manque de significativité.

L'outil principal d'étude étant le fichier informatique de la commission, nous avons relevé, pour chaque projet de thèse durant toute la durée de l'étude, la date de dépôt de la fiche de thèse ainsi que la date d'agrément correspondante.

3.3 Les méthodes et l'analyse par axe étudié:

3.3.1 Axe 1 : Analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse :

L'objectif de cet axe étant d'évaluer les délais de production des thèses pour cela il fallait relever les délais moyens des différentes étapes de la production de thèse : délais moyens pour déposer un premier projet de thèse, le délai pour agréer ce projet de thèse, et le délai moyen pour travailler et soutenir la thèse.

3.3.1.1 Définitions :

Pour analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse, nous avons prédéfinis 4 points :

--PID : première inscription de DES

--PDF : premier dépôt de fiche de thèse

--AF : date d'agrément de la fiche de thèse

--ST : date de soutenance de la thèse.

3.3.1.1.1 Critère principal

Nous avons choisi comme critère principal le délai entre la PID (première inscription en DES) et la ST (soutenance de thèse) que nous avons calculé en mois pour évaluer l'influence de la mise en place de la commission sur son évolution

3.3.1.1.2 Courbe de Kaplan-Meyer

Nous avons choisi d'étudier notre critère principal, le délai médian PID-ST, à l'aide de courbes de survie de type Kaplan-Meyer :

C'est une méthode non paramétrique d'estimation de la survie où l'on calcule un taux de survie à chaque survenue d'un épisode de l'évènement étudié.

L'évènement « décès » est ici l'évènement «soutenance ».

Sur le graphique, le taux de survie à chaque temps t représente la proportion d'étudiants non encore thésés après une durée de suivi t ; il est réactualisé à chaque temps de survenue de l'évènement « soutenance », ce qui donne un aspect en marche d'escalier aux courbes.

Pour chacun des sujets, il faut connaître : la date de début d'observation (c'est la date d'entrée en DES), la date des dernières nouvelles et l'état aux dernières nouvelles (soutenance ou non) à la date de point.

3.3.1.1.3 Date de point :

La date de point est la date à laquelle on décide d'analyser les résultats, c'est-à-dire le premier jour de l'année universitaire correspondante.

Le délai d'observation est ici de 6 ans ; il correspond à la durée maximale légale pour soutenir sa thèse, c'est-à-dire jusqu'à 3 ans après la fin du DES.

Nous avons donc censuré les données à droite lorsqu'il n'y avait pas d'observation de l'événement soutenance au bout de 6 ans.

En résumé, la courbe de KM de chaque promotion correspond à l'estimation de la distribution des délais de soutenance de chacun de ces étudiants, dans laquelle chacun de ces étudiants participe à la construction de la distribution jusqu'à sa date événement « soutenance » ou bien est censuré s'il n'y a pas eu de soutenance au bout de 6 ans.

3.3.1.1.4 Test du log-Rank :

L'analyse statistique de la courbe de KM a été faite par le test du log Rank, test standard de comparaison des courbes de survie.

Il compare les distributions des courbes de survie des 2 échantillons à chaque fois que des événements sont observés.

Il est construit sous l'hypothèse nulle H_0 suivante : les probabilités instantanées de soutenance sont les mêmes entre les deux groupes (pour tout temps T_i pour lequel une soutenance est observée, la proportion de soutenances attendues est la même dans 2 groupes).

Lorsqu'il est significatif, il permet de rejeter l'hypothèse que les deux courbes sont superposées.

Le test du log Rank est construit en calculant le nombre observé et prévu des événements dans l'un des groupes à chaque fois que des événements sont observés.

3.3.1.2 Critères secondaires :

Nous avons choisi d'étudier deux critères secondaires sur le chemin de la thèse :

- le délai PID-AF (le délai entre la première inscription en DES et la date d'agrément de la fiche).
- Et le délai PDF/ST entre le premier dépôt de fiche de thèse et la date de la soutenance de celle-ci.

Pour cela, nous avons calculé les médianes et moyennes respectives des délais PID/AF, PID/PDF et PID/ST de chaque promotion pour suivre leur évolution.

D'autre part, nous avons choisi d'étudier la liaison entre ces délais et les promotions à l'aide de la pente « b » de la droite de régression qui représente la force de leur liaison à l'aide la fonction Excel : c'est la méthode de régression linéaire simple.

L'équation de la droite est la suivante :

$Y = a + bX$, qui résume l'ensemble des points,

Avec « b » est le coefficient directeur, et « a » la pente à l'ordonnée.

Les hypothèses du test sont les suivantes :

H_0 : $b=0$, soit $Y=a$

C'est-à dire la pente de la droite est horizontale, il n'y a pas de liaison entre Y et X.

H_1 : $b \neq 0$

α = risque(rejet H_0/H_0 vrai) = 5%

p = probabilité que la différence observée soit due au hasard ($p > \alpha$, test non concluant / $p < \alpha$, rejet H_0)

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Si on peut rejeter l'hypothèse H_0 avec un degré de signification $p < 5\%$, cela signifie que la pente est différente de zéro et qu'il existe une liaison linéaire entre les 2 variables où la force de la liaison est donnée par le coefficient b .

Si on ne peut pas rejeter H_0 , cela signifie qu'il n'y a pas de liaison linéaire entre les deux variables.

3.3.1.2.1 Test de Student :

Nous avons comparé les caractéristiques de certains groupes entre eux par un test de Student, qui est un test paramétrique uni varié qui permet la comparaison des moyennes de deux échantillons indépendants, c'est-à-dire comparer les mesures d'une variable quantitative effectuées sur deux groupes indépendants

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

Le principe est de tester l'hypothèse de l'égalité de ces moyennes.

Si on peut exclure cette hypothèse selon un seuil que l'on se fixe à 5%, alors on conclue que la différence des moyennes est statistiquement significative.

3.3.2 Axe 2 : Analyser le fonctionnement interne de la commission

Pour analyser le fonctionnement interne de la commission, nous avons examiné l'évolution relative de chaque catégorie décisionnelle et les motivations des décisions prises par la commission des thèses. Nous avons calculé les taux d'agrément, d'ajournement et de refus année par année pour étudier l'évolution de ces taux. Nous nous sommes intéressés aux taux de cohérence des avis des rapporteurs lors des différentes situations de validation des fiches.

3.3.2.1 Évolution des taux de validation des fiches :

Taux d'agrément, d'ajournement et de Refus :

- *L'extraction des données de la base a été faite par un sous-programme dédié. Chaque décision était rapportée à l'année où elle a été prise. Pour chaque projet ayant obtenu un agrément, nous avons analysé toutes les versions antérieures du projet ayant été ajournées. Les motifs de refus et d'ajournement ont été examinés un à un et classés par catégorie.*
- *Ainsi nous avons pu déterminer les taux d'agrément, les taux d'ajournement, et les taux de refus et nous les avons comparés d'année en année en relevant les données à partir du fichier électronique. Pour cela, nous avons choisi de les analyser avec un test du Chi² à l'aide du site en ligne gratuit de Bio statistiques « Biostatgv ».*

3.3.2.2 Évolution du taux de cohérence de la commission :

De même, nous avons tenté de déterminer le taux de cohérence des avis des rapporteurs lors des différentes situations de validation des fiches, ainsi que le taux de cohérence final de la commission.

Pour cela, nous avons extrait, à l'aide d'un programme, les données de toutes les fiches de la base électronique contenant deux avis de rapporteurs différents pour chacun des projets : ces avis n'apparaissent qu'à partir du 23/09/2010, car avant cette date, il n'y avait qu'un seul rapporteur par fiche.

Nous nous sommes arrêtés à la fin aout 2012 c'est à dire à la fin de l'année universitaire 2011/2012 pour rester cohérent avec le reste de l'étude.

3.3.2.2.1 Périodes d'étude :

Nous avons divisé cette étude en trois périodes correspondant chacune à une année universitaire : du 23/09/2010 à fin aout 2011, du 1/9/2011 au 31/8/2012 ainsi que du 1/9/2012 au 31/8/2013. Pour chacune de ces périodes (au cours desquelles deux rapporteurs devaient examiner chaque projet de thèse), nous avons examiné la cohérence des avis des rapporteurs entre eux. Les catégories possibles étaient les suivantes :

- *Aucun avis de rapporteur*
- *Avis dissensuel*
- *Un seul avis agrément/ajournement/refus*
- *Consensus agrément/ajournement/Refus*

3.3.3 Axe 3 : analyse qualitative des accidents constatés:

L'objectif de cet axe consistait à analyser le vécu et le ressenti des étudiants victimes d'accidents tout au long du travail de la thèse afin d'identifier les obstacles et freins sur le chemin de la thèse et de les analyser.

3.3.3.1 Définition des accidents :

Au préalable, nous avons défini deux types d'accidents en rapport avec l'allongement anormal des délais de dépôt de thèse et des délais de soutenance :

*--**L'accident 1** : absence de soutenance de la thèse au-delà de 3 ans après le dépôt de la fiche de thèse, ce qui correspond au délai que nous définissons arbitrairement comme souhaitable*

*--**L'accident 2** : absence de dépôt de fiche de thèse au-delà de 5 ans après la 1ère inscription en DES, soit 1 an avant la fin de l'exercice légal de la médecine sans la thèse.*

Ensuite nous avons recherché tous les étudiants victimes de ces accidents depuis la promotion 2004 qui est concernée par le DES jusqu'aux promotions de 2007, et nous les avons contactés et rencontrés.

3.3.3.2 Type et modalités d'étude :

Pour comprendre et analyser ces accidents, nous nous sommes inspirés de la méthode qualitative, méthode la plus adaptée, avec des entretiens individuels téléphoniques et semi-directifs ouverts anonymes et non enregistrés.

Le but de ces entretiens était de recueillir, par des questions ouvertes non directives, un maximum d'informations pour identifier les causes les plus fréquentes de retard voire d'échec dans le travail de thèse.

Nous avons contacté les étudiants concernés par mail ou par téléphone, à l'aide du fichier informatique des étudiants du DMG

Nous leur avons proposé un entretien basé sur un guide de 6 questions ouvertes.

La durée de l'entretien était estimée entre 15 et 20 minutes

Le nombre de sujets interrogés était fixé par les conditions de l'étude (nombre d'accidents observés). Il n'était donc pas possible comme l'exige la méthode qualitative, de poursuivre les entretiens jusqu'à saturation des données.

C'est pourquoi notre travail ne fait que s'inspirer de la méthode qualitative sans l'appliquer de façon formelle. En conséquence, les entretiens n'ont pas été enregistrés, les items signifiants ont été notés par l'auteur de la thèse au cours des entretiens.

3.3.4 Axe 4 : Vérifier la cohérence Fiche/Thèse :

3.3.4.1 Principe

Pour analyser la cohérence des thèses avec les fiches de thèses, nous avons tiré au sort un échantillon randomisé de 32 thèses à partir du fichier de thèses présentes en ligne sur le site du DMG.

Nous avons établi un critère composite permettant une mesure formalisée de la cohérence entre la fiche de thèse et la thèse finale.

3.3.4.2 Grille de cohérence :

La grille de cohérence est constituée de critères mineurs et de critères majeurs qui permettent de calculer la cohérence entre la thèse et la fiche.

<u>CRITERES MINEURS :</u>
<i>changement de nombre de sujets de l'échantillon.</i>
<i>changement cohérent du lieu d'étude.</i>
<i>changement cohérent de la durée ou de la date d'étude.</i>
<i>modification d'un critère d'évaluation de l'étude.</i>
<i>ajout d'un objectif non présent sur la fiche.</i>
<i>fiche succincte, peu détaillée : objectifs et méthode</i>

<u>CRITERES MAJEURS :</u>
<i>si > 2 critères mineurs.</i>
<i>changement du type d'étude ou de la méthodologie.</i>
<i>ajout d'une autre étude ou d'une autre méthode.</i>
<i>modification des objectifs ou abandon d'un objectif</i>
<i>ajout d'un objectif non présent sur la fiche.</i>
<i>changement incohérent du lieu d'étude, de la durée d'étude, de l'échantillon.</i>

Pour établir ces comparaisons fiche/thèse, nous avons recherché les éléments correspondants dans la fiche et dans la thèse finalisée.

3.3.4.3 Grille de calcul :

La cotation de la cohérence fiche/thèse a été faite à l'aide de la grille suivante que nous avons créée :

<u>0</u> = aucun changement.
<u>1</u> = 1 critère mineur changé.
<u>2</u> = 2 critères mineurs changés.
<u>3</u> = >3 critères mineurs changés <u>et/ou</u> changement d'un critère majeur <u>et/ou</u> fiche peu détaillé.
<u>4</u> = >2 critères majeurs changés.

Nous avons regroupé ensuite les cotations en trois catégories, utilisées indépendamment pour chacun des trois descripteurs (Thème, Objectifs, Méthode) :

<u>Taux de cohérence</u>	<u>cotation</u>
-cohérence totale	0
-cohérence relative	1-2
-Incohérence	3-4

3.3.5 Axe 5 : Examiner les thèmes de thèse et les méthodes utilisées :

Pour la partie axe 5, l'objectif était d'examiner et analyser les thèmes et méthodes les plus utilisées dans les thèses de MG de Paris 7.

3.3.5.1 Descripteurs utilisés :

Nous avons utilisé l'échantillon tiré au sort de 32 thèses, et avons créé une grille standard composée de 3 descripteurs prédéfinis : la méthode, l'objet d'étude, et le thème de la thèse

3.3.5.1.1 le descripteur méthode :

Pour la méthode, la classification choisie était la suivante :

- *méthode quantitative : lorsque le travail de recherche recueille des résultats quantitatifs sur différentes variables prédéfinies et analyse ces résultats, en général par des tests statistiques*
- *méthode qualitative, basée sur des entretiens non directifs, des focus groups, visant à recueillir des données non quantitatives portant sur les représentations des personnes interrogées*
- *méthode bibliographique, lorsque l'étudiant ne recueille pas de données issues de l'observation, mais collationne des informations bibliographiques*

3.3.5.1.2 le descripteur « objet d'étude » :

Les thèses de médecine générale étudient le plus souvent des échantillons de sujets. Ces sujets peuvent être :

- *des patients ambulatoires,*
- *des patients hospitalisés,*
- *des médecins généralistes, des médecins hospitaliers,*
- *des internes.*

C'est la classification que nous avons utilisée pour ce descripteur (proposée dans (22))

3.3.5.1.3 le descripteur « thème » :

Nous avons fait un travail bibliographique exploratoire pour identifier les classifications déjà établies sur ce type de descripteur.

Les différentes bases de données (Medline, BDSP, Sudoc, ..) ont été interrogées sur une possible classification des thèmes de thèses. Aucune référence n'a été retrouvée.

Nous avons complété cette recherche par une analyse des sommaires des revues francophones de médecine générale et de pédagogie : *Exercer, Pédagogie Médicale, La revue du praticien Médecine générale*

Dans la revue « *Exercer* », un article portant sur « *la diversité et richesse des thèses en médecine* »(22) a permis d'identifier une première classification des différentes thématiques de recherche, dont nous nous sommes inspirés.

Cette classification est décrite dans le tableau qui suit :

Pathologie :	Description clinique/nosographique. Prévalence d'une pathologie.
Diagnostic :	Dépistage. Création/Evaluation d'outil diagnostic. Evaluation d'examen complémentaire. Procédures diagnostiques.
Thérapeutique :	Observance. Effets secondaires des médicaments. Création/évaluation d'outil thérapeutique. Procédures thérapeutiques et leurs obstacles.
Organisations des soins :	
Actes techniques :	
Le patient	Qualité de vie. Information du patient. Education à la santé, et thérapeutique. Représentations du patient. Hygiène de vie/alimentation.
Pédagogie :	
Relation médecin-malade :	communication.
Le Médecin généraliste :	Vie du MG, représentations du MG
Histoire, Sociologie, Epidémiologie Anthropologie, Psychologie....	

Ensuite, nous avons recherché au sein de chaque thèse de l'échantillon, les descripteurs prédéfinis et avons analysé ces thèses à l'aide de cette classification.

3.4 La recherche bibliographique

La bibliographie a nécessité en une revue de la littérature scientifique avec une recherche « en grappe » afin de faire un état des lieux sur la recherche en médecine générale, la qualité de cette recherche et les publications en MG afin d'identifier les problématiques de ce domaine.

Compte tenu de la particularité de notre sujet, nous avons effectué une recherche en grappe, c'est-à-dire que nous avons exploité les bibliographies de tous les articles trouvés, en les analysants au fur-et-a mesure. Ainsi, nous avons sélectionné les articles et les résumés pertinents.

Pour identifier les différentes thématiques abordées dans la littérature et les différents documents pédagogiques disponibles, nous nous sommes limités à la littérature francophone.

La recherche bibliographique a été la suivante :

3.4.1 Base de données consultées, mot-clés et équations de recherche

L'interrogation a porté sur :

- la base de données Medline avec le moteur de recherche Pubmed
- le catalogue du Système universitaire de documentation (SUDOC)
- le Catalogue et index des sites médicaux de langue Française (CISMeF)
- le catalogue de la Banque de données de santé publique (BDSP)
- le catalogue de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine et d'odontologie (BIUM)
- la Revue Pédagogie Médicale
- la Revue Exercer
- la Revue du Praticien Médecine Générale
- la Revue du Praticien
- le moteur de recherche généraliste Google
- le métamoteur Google Scholar.

Pour la recherche dans Medline, nous avons utilisé le moteur de recherche Pubmed avec l'équation de recherche suivante « (publication) AND médecine dissertation » et « (publication) AND family practice thesis ».

Pour la recherche dans la BDSP, les mots clés utilisés ont été les suivants : «publication des thèses » et «qualité de la recherche en médecine générale».

Pour la recherche dans le Sudoc, nous avons utilisé comme mot du titre « sujet de thèse » et comme note de thèse « exercice », de même pour la vedette matière, nous avons choisi le mot « dissertation académique » avec tous les mots « médecine ».

La recherche bibliographique n'était pas exhaustive, elle s'est faite uniquement sur les documents francophones.

3.4.2 Littérature grise

Nous nous sommes aussi intéressés à la littérature grise qui est une littérature non indexée dans les catalogues officiels d'édition et dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information.

Il s'agissait de communication lors de congrès, de rapports, de documents gouvernementaux, et d'études non publiées.

3.4.3 Disponibilité des thèses de MG de Paris 7 :

3.4.3.1 Modalité de dépôt des thèses :

Avant la soutenance, l'étudiant doit déposer trois exemplaires de sa thèse : un exemplaire pour la BU de Bichat, et pour le prêt entre bibliothèques (réseau PEB), et le dernier à la BIU Santé pour conservation.

De même, l'étudiant doit déposer une version électronique (CD ou clé USB) destinée à être insérée le site du DMG.

Sur le site du SUDOC, toutes les thèses de médecine générale de Paris 7 soutenues sont insérées par les bibliothécaires, alors que les thèses présentes sur le catalogue des thèses de la BIU Santé sont signalées en ligne par leurs bibliothécaires.

3.4.3.2 Taux de thèses présentes sur le site du DMG :

Depuis la rentrée universitaire 2012, les étudiants ont l'obligation de déposer une version électronique de leur thèse auprès du DMG ; mais en pratique, le département trouve des difficultés à insérer la version en ligne de par l'oubli et l'absence de dépôt mais aussi des versions informatiques incompatibles avec le serveur en ligne.

Nous avons cherché à calculer le taux de thèses de Paris 7 présentes en ligne sur le site ; pour cela nous avons compté le nombre de thèses en ligne jusqu'à octobre 2012 (fin de notre étude) qui est de 128, et nous avons relevé le nombre de thèses de DES de MG qui est de 86 et les 42 thèses restantes concernent les résidents.

Au total, 204 thèses ont été soutenues depuis la création du DES en 2005, et seules 42% de ces thèses sont présentes en ligne (=86/204=42%).

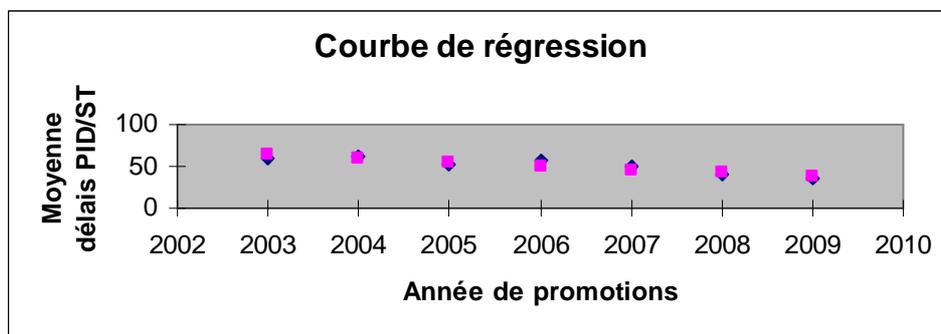
4 RÉSULTATS :

4.1 Axe 1 : Analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse :

4.1.1 Délai PID/ST :

4.1.1.1 Droite de régression du délai moyen PID/ST :

L'examen de la courbe de régression montre une cassure contemporaine de la mise en place de la commission :



L'équation de la courbe de régression est la suivante $Y = a + bx$, avec $b = -7,33$ et $a = 14\,759,95$, b étant notre coefficient directeur de la courbe

Le coefficient b étant négatif, la pente est décroissante.

L'analyse des droites de régression suggère une tendance globale à la diminution des moyennes du délai PID/ST confirmé par la significativité du test avec $p = 0,002$ où le coefficient b se situe à 95% dans l'intervalle de confiance suivant $[-6,4772599 ; -2,50131153]$.

Mais cette analyse porte sur l'ensemble des promotions, le calcul de la droite de régression sur 2007-2009 n'est pas possible étant donné le faible nombre de points. Pour affiner notre analyse, nous avons utilisé les courbes de survie actuarielle de Kaplan-Meier.

4.1.1.2 Courbes de Kaplan-Meier

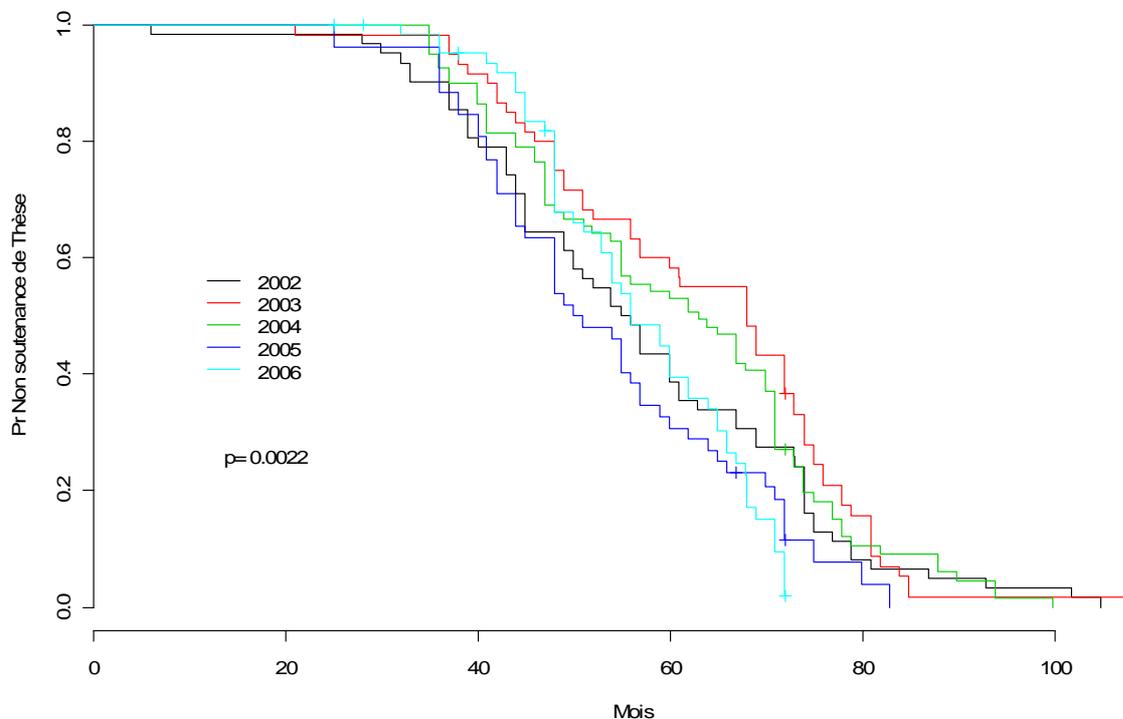
Pour mieux analyser l'impression de rupture sur le délai PID-ST liée à la mise en place de la commission, nous avons utilisé des courbes de survie de type Kaplan-Meier.

4.1.1.2.1 Avant la commission : courbe de Kaplan-meyer de 2002 à 2006 :

Nous avons étudié les délais PID/ST des promotions d'avant la commission, c'est-à-dire de 2002 à 2006, avec la courbe de Kaplan-Meyer. Cette analyse nous permet de rechercher une tendance à la décroissance du délai PID-ST qui aurait été antérieure à la mise en place de la commission.

L'analyse est valide car le délai d'observation est le même pour toutes les promotions, c'est-à-dire N+3 (N étant l'année de la promotion).

Le délai PID/ST a été comparé dans chaque promotion par la méthode de survie KM et les différences estimées par le test du Log-Rank :



Délai de soutenance de thèse par promotions (2002 à 2006).

L'évènement « décès » étudié est la soutenance de thèse incontournable pour tous les étudiants de médecine.

Les courbes semblent suivre la même évolution avec quelques exceptions : l'année 2005 semble être la plus rapide alors que l'année 2003 décroît lentement.

D'après l'analyse de la courbe de KM à l'aide du test de log-Rank, il y a une différence statistique ($p=0,0022$) entre les courbes de délais de soutenances par année.

Le test du log-Rank permet une confrontation du nombre observé de soutenances et du nombre « attendu » de soutenance en absence d'effet de la promotion sur la probabilité de soutenance, décrit dans le tableau qui suit.

	<i>N Observed</i>	<i>N Expected</i>
Promotion=2002	62	61.0
Promotion=2003	59	77.4
Promotion=2004	77	86.5
Promotion=2005	48	34.2
Promotion=2006	55	41.8
TOTAL	301	301

Néanmoins, si une tendance à la réduction ou à l'augmentation des délais de soutenance existait avant la mise en place de la commission des thèses, les courbes se trouveraient rangées dans un ordre correspondant à l'ordre chronologique : ce n'est pas le cas.

Par conséquent, il n'existait pas avant la mise en place de la commission des thèses, de variation stable du délai de soutenance, ni dans le sens de sa réduction, ni de son augmentation.

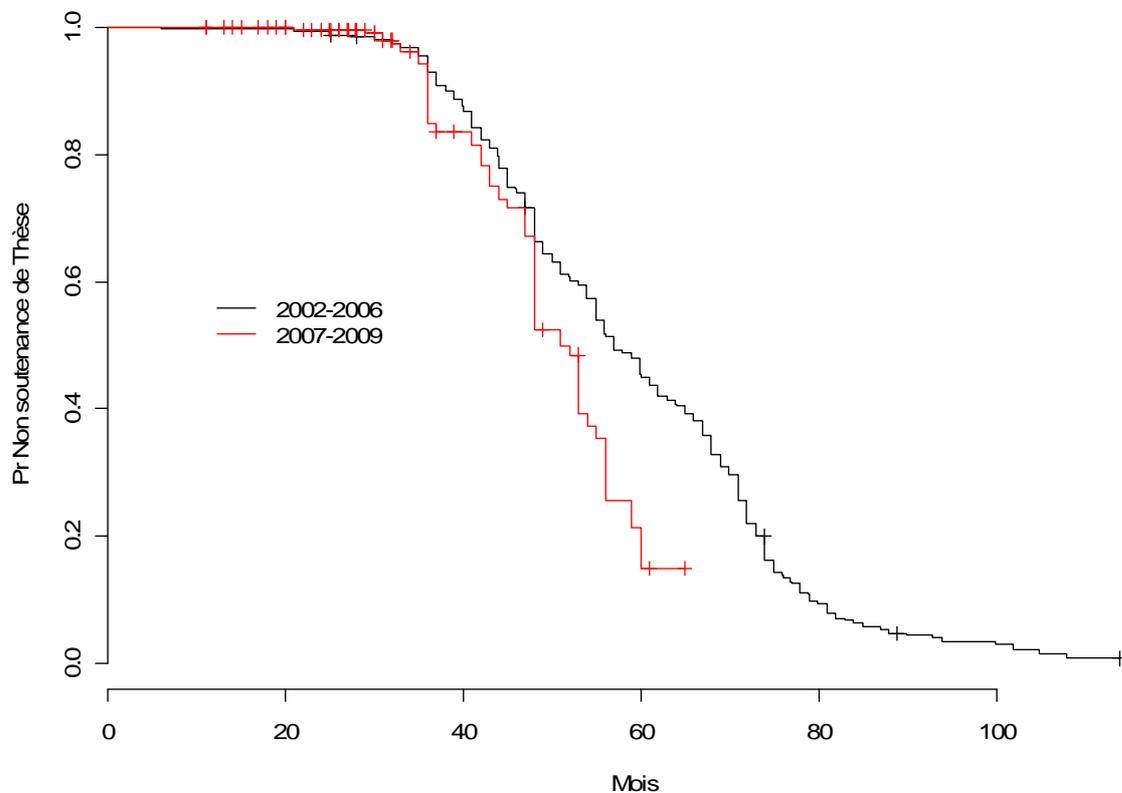
Au total, $n=319$ étudiants de 2002 à 2006 ont soutenu 301 soutenances de thèse, et le délai médian de soutenance est alors de 56.9 mois (intervalle de confiance à 95%, IC95%: 54.9-60.9 mis).

Le test du log-Rank nous permet de calculer le délai médian de soutenance pour chaque promotion, détaillé dans le tableau qui suit.

PROMOTION	Nombre D'étudiants	Nombre de Soutenances	Délai Médian	IC (95%)
2002	62	62	54,9	[49,9 ; 60,9]
2003	60	59	67,9	[56,9 ; 72,9]
2004	81	77	62,9	[54,9 ; 69,8]
2005	52	48	50,4	[47,9 ; 58,9]
2006	64	55	55,9	[52,9 ; 63,9]

De façon logique les délais médians de soutenance des promotions 2002-2006 ne sont pas ordonnés temporellement, confirmant l'absence de tendance évolutive sur cette période

4.1.1.2.2 Évolution après la mise en place de la commission



Délai de soutenance de thèse AVANT (2002-2006) et APRES (2007-2009) mise en place de la commission :

On constate une décroissance plus rapide de la courbe de soutenances de la période 2007-2009 représentée en rouge par rapport à la courbe 2002-2006 représentée en noir.

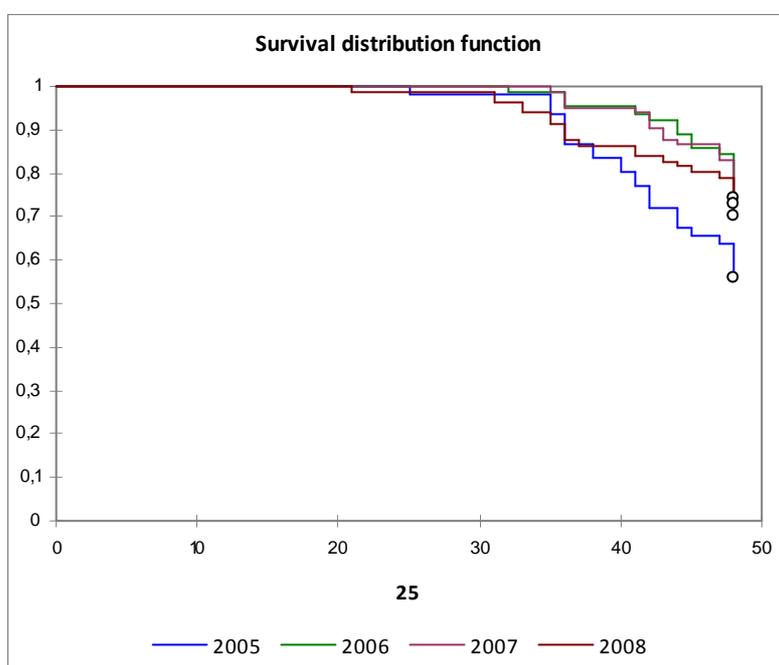
En effet, il existe enfin une différence entre promotions anciennes et récentes : le délai de soutenance est plus rapide avec les promotions récentes ($p=0.0005$).

Ce résultat confirme notre hypothèse principale. Sa validité statistique est, en toute rigueur, encore sujette à caution car le délai d'étude fait que la courbe 2007-2009 n'est pas achevée. Il n'en reste pas moins très peu probable que, dans l'avenir elle recroise la courbe de KM 2002-2006.

4.1.2 évolution du taux d'étudiants ayant soutenu leur thèse quatre ans après le début de leur DES :

La commission s'était fixée comme objectif d'amener 75% des étudiants à la soutenance de thèse au terme de quatre années après l'inscription en DES.

Nous avons donc repris tous les délais PID/ST en excluant les étudiants ayant soutenu au-delà de 4ans après l'entrée en DES, et construit les courbes de K-M suivantes. Nous nous sommes arrêtés à la promotion 2008, puisque notre étude se terminait en novembre 2012.



Délai de soutenance de thèse à 4 ans du DES par promotions (2005 à 2008).

D'après l'analyse des courbes de KM à l'aide du test de log-Rank, il y a une différence statistique ($p=0,040$) entre les courbes de délais de soutenance à 4 ans par promotion.

Néanmoins, l'analyse de ces courbes ne montre pas de tendance exploitable : l'objectif que s'était donné la commission, d'un taux de soutenance de 75% quatre ans après l'inscription en DES, reste loin d'être atteint.

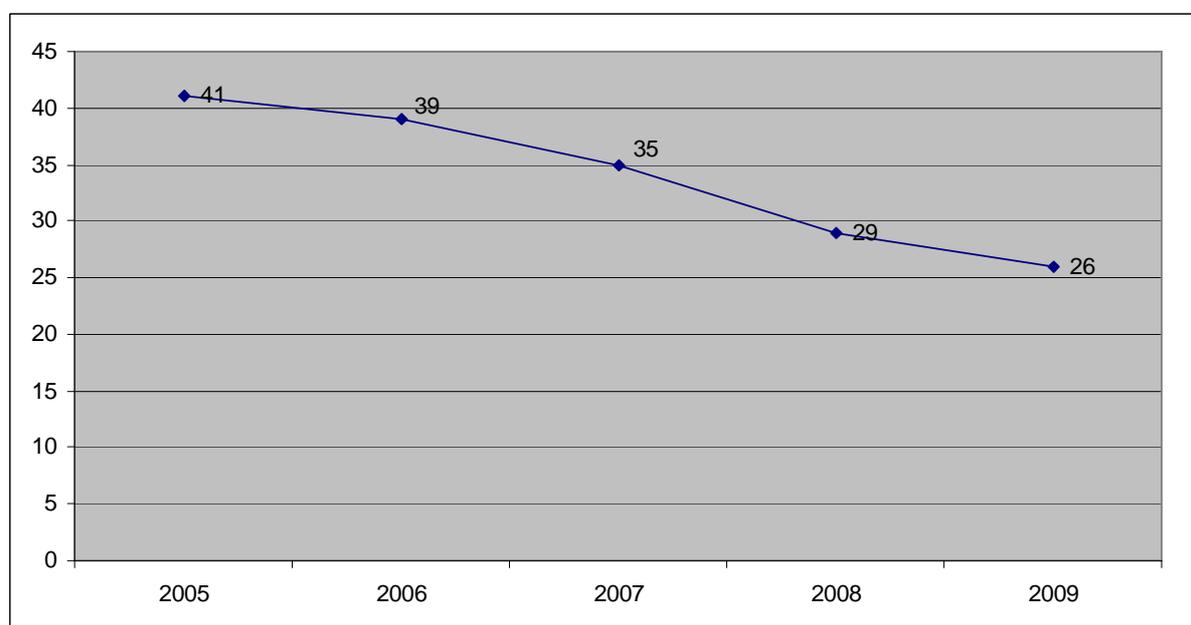
Commentaire : en l'état actuel des choses, l'objectif de mener 75% d'une promotion à la thèse en moins de quatre ans reste inaccessible. La commission devrait se fixer un objectif plus réaliste, par exemple de mener 60% d'une promotion à la thèse en moins de quatre ans.

4.1.3 Mesurer l'évolution du délai entre la PID et l'AF :

4.1.3.1 Médiane :

Le délai PID/AF est un de nos objectifs secondaires, il représente le délai entre la première inscription en DES et l'agrément de la fiche, mesurable à partir de 2005, date de la création du DES ; et nous avons choisi de calculer les médianes correspondantes pour chaque promotion afin de les analyser à la recherche d'une évolution significative.

Graphique : Évolution des médianes du délai PID/AF :

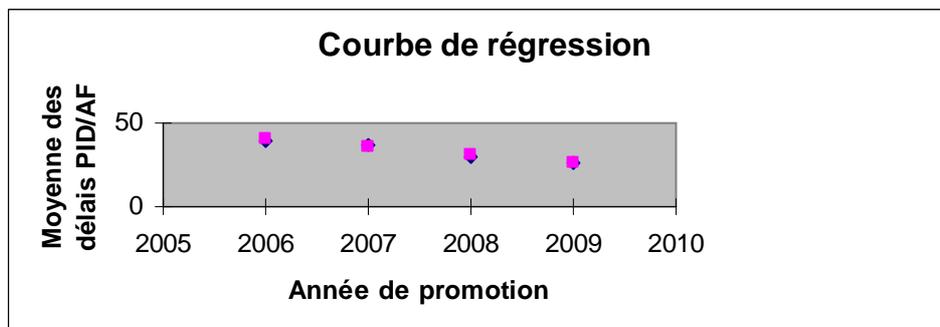


	2005	2006	2007	2008	2009
Médiane (mois)	41 mois	39mois	35mois	29mois	26 mois

Nous constatons une diminution progressive des médianes du délai PID/AF avec les dernières promotions. Pour confirmer cette impression (qui ne peut être statistiquement testée) nous avons analysé les moyennes correspondantes et leur régression statistique

4.1.3.2 Courbe de régression du délai PID/AF :

Nous avons choisi d'étudier la droite de régression du délai moyen PID/AF, pour infirmer ou confirmer l'évolution des moyennes.



Droite de régression du délai PID/AF :

L'équation de la courbe de régression est la suivante $Y = a + bx$, avec

$b = -4,59$ et $a = 9247,6$, b étant le coefficient directeur de la courbe et a l'ordonnée à l'origine.

Le coefficient b étant négatif, la pente est décroissante.

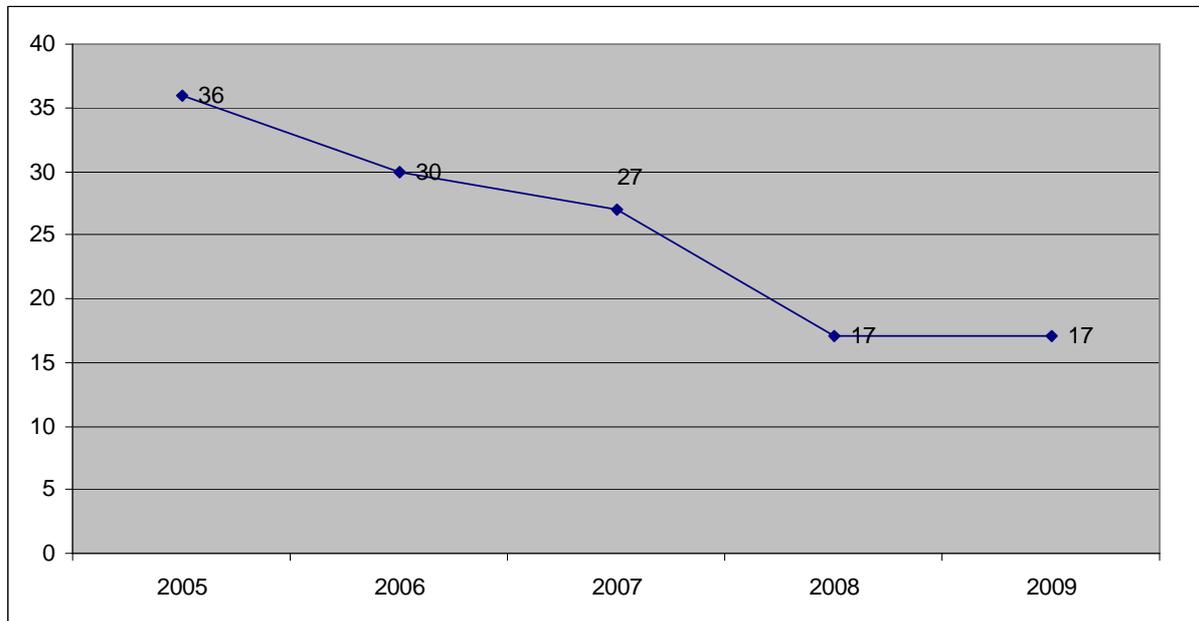
Nous observons donc une tendance à la diminution des moyennes du délai PID/AF confirmé par la significativité du test avec $p = 0,024$ où l'intervalle de confiance à 95% du « b » est $[-7,7126115 ; -1,4673885]$

4.1.4 Mesurer l'évolution du délai entre la PID et la PDF :

4.1.4.1 Médiane :

Le délai PID/PDF est notre second objectif secondaire, il représente le délai entre la date d'entrée en DES et le premier dépôt de la fiche pour chacun des étudiants ; et nous avons choisi d'en étudier les médianes afin de les analyser à la recherche d'une évolution significative.

Graphique des médianes du délai PID/PDF :

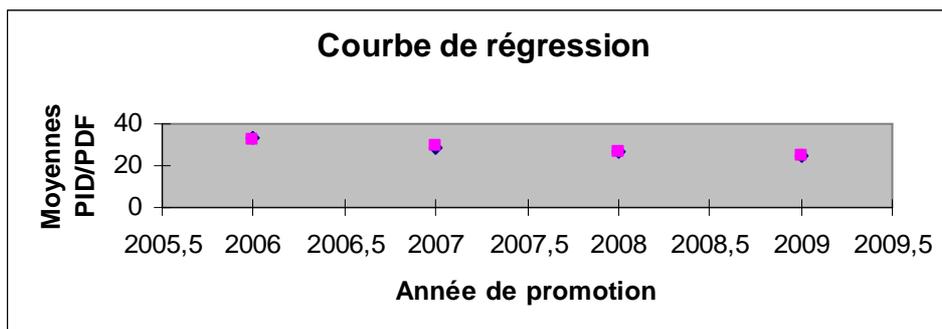


	2005	2006	2007	2008	2009
Médiane (mois)	36 mois	30 mois	27 mois	17 mois	17mois

Nous constatons une diminution progressive des médianes du délai PID/PDF avec les dernières promotions. Pour confirmer cette impression (qui ne peut être statistiquement testée) nous avons analysé les moyennes correspondantes et leur régression statistique

4.1.4.2 Droite de régression du délai PID/PDF :

Nous avons choisi d'étudier la droite de régression du délai moyen PID/PDF, pour infirmer ou confirmer l'évolution des médianes PID/PDF.



Droite de régression du délai PID/PDF :

L'équation de la courbe de régression est la suivante $Y = a + bx$, avec

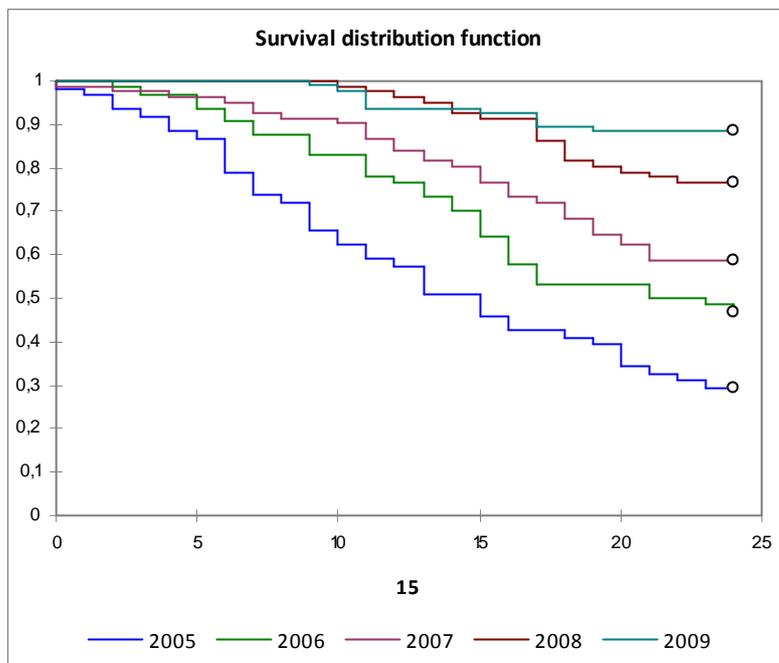
$a = 5147,47$ et $b = -2,55$, « b » étant le coefficient directeur de la courbe et « a » l'ordonnée à l'origine.

Le coefficient b étant négatif, la pente est bien décroissante.

Nous constatons aussi une tendance à la diminution des moyennes du délai PID/PDF confirmé par la significativité du test avec $p = 0,043$ où l'intervalle de confiance à 95% du « b » est le suivant

]-4,92036728 ; -0,17963272 [.

4.1.5 Mesurer l'évolution du délai AF / ST



Évolution du taux de soutenance de thèses à partir de l'agrément de la fiche (délai AF/ST) et taux de soutenance obtenu pour un délai AF/ST de 24 mois

D'après l'analyse des courbes de KM à l'aide du test de log-Rank, il y a une différence statistique ($p=0,0001$) entre les différentes courbes de délais de soutenances à 2 ans de l'agrément de la fiche.

Le taux d'étudiants ayant passé leur thèse deux ans après l'agrément de la fiche diminue régulièrement

Comme nous avons montré par ailleurs que le délai PID/ST est plus court pour les promotions postérieures à 2009 que pour les promotions antérieures, nous devons en conclure que le moment de l'agrément de la fiche se modifie progressivement dans le cursus de l'étudiant :

L'étudiant se fait agréer sa fiche de plus en plus tôt au cours de son cursus (diminution du délai PID/AF), mais par contre il met plus de temps à réaliser sa thèse (augmentation du délai AF/ST)

Toutefois le résultat global reste une diminution de la durée totale du processus, comme le montre la tendance à la réduction du délai total PID/ST

4.2 Axe 2 : Analyser le fonctionnement interne de la commission :

Nous faisons l'hypothèse que la mise en place de la commission des thèses et de l'ensemble du dispositif formatif sur la thèse, par la stimulation scientifique qu'ils constituent, aboutissent à une amélioration progressive de la qualité des fiches soumises à la commission.

Si cette hypothèse est juste, alors le taux d'agrément des fiches au premier passage en commission doit augmenter.

C'est ce critère d'évaluation que nous avons retenu pour l'analyse de cet objectif.

4.2.1 Évolution du taux d'agrément :

4.2.1.1 Données quantitatives et définition:

A l'aide du fichier électronique, nous avons compté tous les dépôts de projets de thèse depuis la création de la commission jusqu'à la fin de notre étude (octobre 2012), puis analysé ces données en fonction du mode de validation.

Tableau : Nombre de projets de thèse par année universitaire :

Période	<2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Fiches de thèse	83	88	154	148	144

Tableau : Nombre de projets de thèse par mode de validation :

Nombre : Année :	Agréments totaux= AG	Ajournements totaux= AJ	Refus=R	Agrément d'emblée	1 AJ avant AG	2 AJ avant AG	3 AJ avant AG
2007-2008	50	26	6	32	11	5	1
2008-2009	47	38	5	30	12	4	1
2009-2010	104	48	7	59	33	9	3
2010-2011	100	45	2	66	27	5	1
2011-2012	102	39	6	70	26	5	1

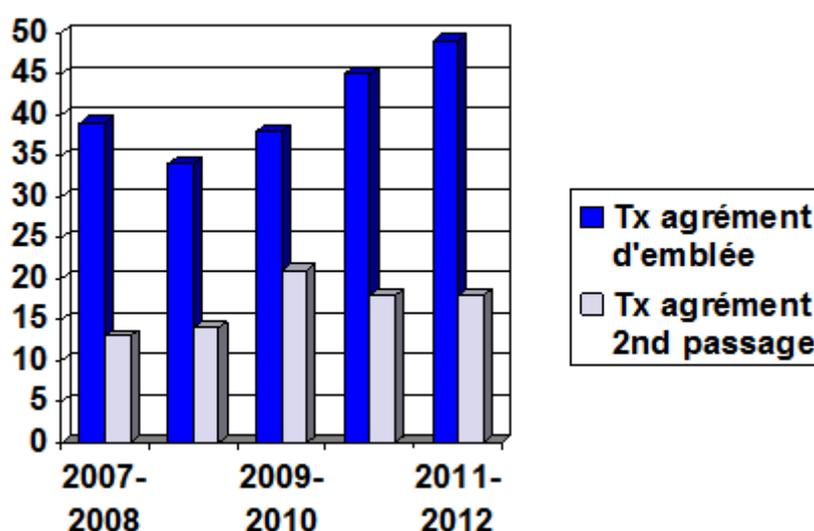
4.2.1.2 : Évolution du taux d'agrément au premier passage :

Nous avons calculé les taux d'agrément d'emblée, c'est-à-dire, le taux d'agrément au 1^{er} passage ; ainsi que le taux d'agrément au 2^{ème} passage après ajournement ou refus.

Tableau : Taux d'agrément au 1^{er} et 2nd passage :

Période	<2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Taux d'agrément d'emblée.	39% (32)	34% (30)	38% (59)	45% (66)	49% (70)
Taux d'agrément au 2 nd passage.	13% (11)	14% (12)	21% (33)	18% (27)	18% (26)

Le graphique suivant illustre ces chiffres et permet de suivre l'évolution de ces taux.



Graphique : Évolution des taux d'agrément au 1^{er} et 2nd passage :

Visuellement, les taux d'agrément d'emblée semblent augmenter progressivement à partir de l'année universitaire 2009/2010 malgré une baisse entre 2007 et 2008.

4.2.1.3 Analyse statistique :

Nous avons construit un tableau de contingence qui croise l'année de promotion avec le nombre d'agrément d'emblée.

	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Oui</i>	32	30	59	66	70
<i>non</i>	51	58	95	82	74

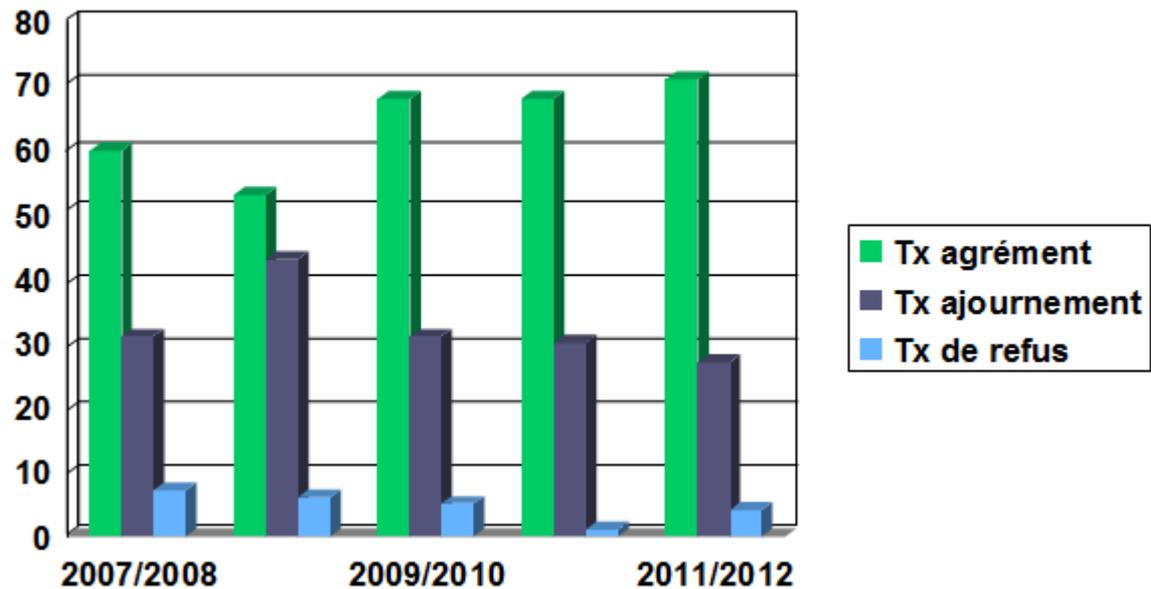
L'analyse statistique de ces taux ($p=0,06$) contredit l'impression visuelle de croissance reflétée sur le graphique.

4.2.2 Évolution des Taux d'agrément, taux d'ajournement et taux de refus globaux :

4.2.2.1 Données

Nous avons calculé les taux d'agrément, les taux d'ajournement et de refus totaux pour chaque année universitaire, consignés dans le tableau qui suit.

Période	<2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
<u>Taux d'agrément total.</u>	60%(50)	53% (47)	68% (104)	68% (100)	71% (102)
<u>Taux d'ajournement total.</u>	31% (26)	43% (38)	31% (48)	30% (45)	27% (39)
<u>Taux de refus.</u>	7% (6)	6% (5)	5% (7)	1% (2)	4% (6)



Graphique : Évolution des Taux d'agrément, taux d'ajournement et taux de refus.

Visuellement, on observe une différence du taux d'agrément entre l'année 2008/2009 et l'année 2009/2010, avec une tendance à l'augmentation à partir de l'année 2009/2010.

En revanche, on note une tendance à la diminution du taux d'ajournement à partir de l'année 2008/2009 alors que le taux de refus ne suit pas de variation stable.

4.2.2.2 Analyse statistique :

Nous avons choisi de faire une analyse uni-variée de variables X et Y nominales qualitatives indépendantes avec un test de χ^2 , l'hypothèse étant la suivante :

H0: X et Y sont indépendantes.

H1: rejet de H0.

α = risque(rejet H0/H0 vrai)= 5%

β =p(non rejet H0/H1 vrai)= 10-20%

p=probabilité que la différence observée soit due au hasard ($p > \alpha$, test non concluant/ $p < \alpha$, rejet H0)

4.2.2.1 Tableau : Comparaison statistique des taux d'agrément :

Nous avons construit un tableau de contingence qui croise l'année de promotion avec le nombre d'agréments.

	2007	2008	2009	2010	2011
Oui	50	47	104	100	102
non	32	43	55	47	45

La valeur de p sur ce tableau ($p=0,06$) étant supérieure à 5%, ne permet pas de confirmer l'impression visuelle à l'augmentation des taux d'agrément global.

4.2.2.2 Tableau : Comparaison statistique des taux d'ajournement :

De même, le tableau suivant croise l'année de promotion avec le nombre d'ajournements.

	2007	2008	2009	2010	2011
Ajournés	26	38	48	45	39
Non ajournés	56	52	111	102	108

Il n'y a pas de lien statistique.

De même, nous ne constatons pas de lien statistique du taux d'ajournement avec l'année universitaire avec $p=0,154 >> 5\%$.

4.2.2.3 Analyse des motifs de refus et d'ajournement sur les fiches de thèse :

L'analyse de l'ensemble de fiches (28 au total) ayant fait l'objet d'un refus par la commission dégage les motifs suivants :

- Thèmes hors discipline (projets considérés comme relevant d'une autre discipline que la médecine générale)
- Projets irréalisables (nombre de sujets à prévoir trop important, difficultés du recueil de données...)
- Méthodologie confuse (en particulier absence de question scientifique précise).

Le même travail effectué sur les fiches ajournées montre les motifs suivants :

- inadéquation entre la question et la méthode (la méthode ne permettra pas de répondre à la question)
- absence ou insuffisance de délimitation du sujet
- absence d'hypothèse
- absence de critère d'évaluation.
- références bibliographiques imprécises, ou inadaptées
- difficultés à prévoir dans le recrutement de sujets

4.2.3 Cohérence des avis des rapporteurs

Voici les fréquences des différents avis possibles, en fonction des trois périodes étudiées.

	Du 23/9/10 au 31/8/11	Du 1/9/11 au 31/8/12	Après le 1/9/2012
<i>aucun avis de rapporteur</i>	14 (10%)	2 (14%)	1 (3.3%)
<i>Avis Dissensuel</i>	28 (20%)	51 (35.4%)	13 (43.3%)
<i>Un seul avis refus</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Un seul avis ajournement</i>	7 (5%)	4 (28%)	0 (0%)
<i>un seul avis agrément</i>	23 (16.3%)	7 (4.8%)	2 (6.7%)
<i>Consensus Refus</i>	1 (0.7%)	0 (0%)	0 (0%)
<i>Consensus ajournement</i>	23 (16.3%)	20 (13.8%)	4 (13.4%)
<i>Consensus agrément</i>	45 (32%)	60 (41.7%)	10 (33,3%)
	141	144	30

4.2.4 Comportement de la commission en fonction des avis des rapporteurs :

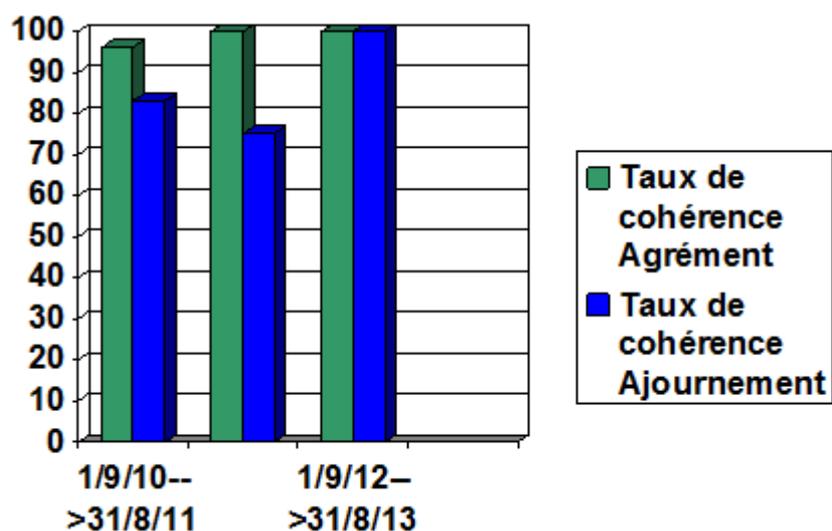
4.2.4.1 Comportement de la commission face à des avis de rapporteurs consensuels

Nous faisons l'hypothèse que la commission, confrontée à des rapporteurs consensuels, suit le plus souvent leur avis.

Le fichier électronique a permis les calculs de pourcentages suivants pour chacune des périodes étudiées :

Période	Taux de fiches agréées parmi les fiches présentant un consensus agrément	Taux de fiches ajournées parmi les fiches présentant un consensus ajournement
<i>du 1/9/10 au 31/8/11</i>	43 (96%)	19 (83%)
<i>du 1/9/11 au 31/8/12</i>	60 (100%)	15 (75%)
<i>du 1/9/12 au 31/8/13</i>	10 (100%)	4/4 (100%)
Total :	113/115 (98.2%)	38/47(81%)

NB : Il a existé un seul refus de fiche au cours de l'année universitaire 2010-2011, puis aucun refus les années suivantes. L'analyse de l'évolution du taux de cohérence des rapporteurs quant au refus d'une fiche est donc dénuée de sens. Nous n'avons donc pas reporté dans le graphique ci-dessous la colonne des refus

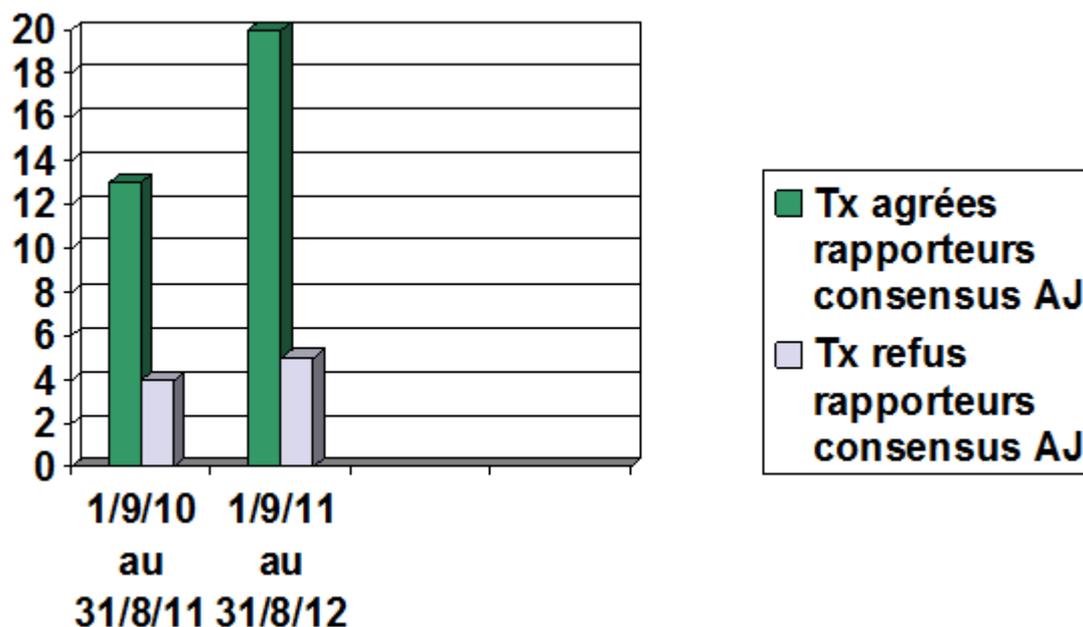


Graphique : Taux de cohérence AG/AJ de la commission par période.

Conformément à notre hypothèse, les taux de cohérence entre les avis des rapporteurs, lorsqu'ils sont consensuels, et l'avis final de la commission, sont très élevés.

Par ailleurs, les situations où, face à des rapporteurs consensuels, la commission prend une position différente de l'avis des rapporteurs, sont globalement rares comme le décrit le tableau et le graphique qui suivent.

<i>Période</i>	<i>Taux de fiches agréées (avec rapporteurs consensuels ajournement):</i>	<i>Taux de fiches refusées (avec rapporteurs consensus ajournement)</i>
<i>du 1/9/10 au 31/8/11</i>	3 (13%)	1 (4%)
<i>du 1/9/11 au 31/8/12</i>	4 (20%)	1 (5%)
<i>du 1/9/12 au 31/8/13</i>	0	0
<i>Total :</i>	7/47	2/47



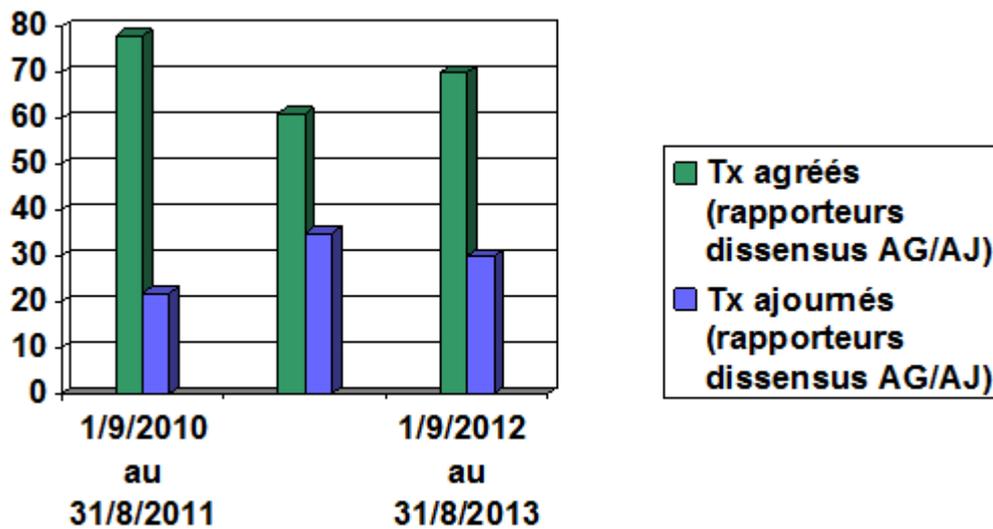
Graphique : Taux de fiches agréées et refusées en situation de consensus sur les 2 périodes.

4.2.4.2 Comportement de la commission face à des avis de rapporteurs dissensuels

Les situations d'incohérence entre les rapporteurs et la commission ont été les suivantes avec leurs pourcentages respectifs :

<i>Période</i>	<i>Taux de fiches agréées(avec rapporteurs dissensus agrément/ajournement)</i>	<i>Taux de fiches ajournées (rapporteurs dissensus agrément/ajournement)</i>
<i>du 1/9/10 au 31/8/11</i>	18 (78%)	5 (22%)
<i>du 1/9/11 au 31/8/12</i>	28 (61%)	16 (35%)
<i>du 1/9/12 au 31/8/13</i>	7 (70%)	3 (30%)
<i>Total :</i>	<i>53/79</i>	<i>24/79</i>

Le graphique suivant illustre ces chiffres :



Graphique : Taux d'incohérence de la commission versus les rapporteurs

Le taux de fiches agréés/rapporteurs dissensus AG/AJ reste élevé ; il représente le taux de fiches agréés malgré le désaccord entre les rapporteurs sur l'agrément ou l'ajournement de la fiche.

En effet, il est de 78% dans la première période, puis diminue à 61% pour se stabiliser à 70% dans la troisième période

En cas de dissensus entre les rapporteurs, la commission se montre donc plutôt favorable au rapporteur positif.

4.3 AXE 3: analyse qualitative des accidents constatés:

4.3.1 Population concernée :

Rappelons d'abord les deux « accidents » que nous avons définis comme critères d'évaluation pour ce point.

--**L'accident 1** : absence de soutenance de la thèse au-delà de 3 ans après le dépôt de la fiche de thèse, ce qui correspond au délai que nous définissons arbitrairement comme souhaitable

--**L'accident 2** : absence de dépôt de fiche de thèse au-delà de 5 ans après la 1ère inscription en DES, soit 1 an avant la fin de l'exercice légal de la médecine sans la thèse.

16 étudiants ont été victimes de l'un ou l'autre de ces 2 accidents pendant la période que nous avons étudiée.

Ils ont été contactés individuellement pour un entretien téléphonique.

12 ont répondu : 2 étaient injoignables et 2 ont refusé de répondre aux questions malgré notre insistance.

4.3.1.1 Profil des étudiants accidentés :

4.3.1.1.1 Sexe :

Au total, il y a 9 garçons et 7 filles, mais seuls 7 garçons et 5 filles ont répondu.

4.3.1.1.2 Activité professionnelle :

Les 12 étudiants travaillent :

- 10 sont remplaçants dont trois travaillent activement dans un syndicat de MG.
- une étudiante est collaboratrice dans un cabinet libéral depuis sa thèse.
- un étudiant fait de la recherche médicale et prépare sa thèse de science.

4.3.1.1.3 Soutenances :

- 7 étudiants ont déjà soutenu
- 1 étudiant qui est au chômage va bientôt soutenir
- 4 doivent soutenir avant la fin de l'année 2013 sous peine de chômage.

4.3.1.1.4 Profil des directeurs de thèse :

- maitres de stage : 3
- Tuteur : 3
- médecins du département de MG : 4
- médecins G en ville : 1
- médecins hospitaliers : 1

4.3.2 Importance relative des accidents

4.3.2.1 ACCIDENT 1 :

1 étudiant de la promotion 2005, 2 étudiants de la promotion 2006, et 1 étudiant de la promotion 2007 ont été victimes de l'accident 1 (absence de soutenance plus de trois ans après le dépôt de la fiche de thèse).

4.3.2.2 ACCIDENT 2 :

5 étudiants pour la promotion 2005, 2 étudiants pour la promotion 2006 et 5 étudiants pour la promotion 2007 ont été victimes de l'accident 2 (absence de dépôt de fiche de thèse 5 ans après la première inscription en DES).

4.3.3 Résultats des entretiens :

Nous avons obtenu 12 réponses d'étudiants et jeunes thésards concernant leurs principales causes de retard à la production de thèse ; nous avons analysé ces causes par des entretiens non directs.

Ces propositions ont été regroupées par thème en rapport avec la pédagogie de la thèse, avec la vie professionnelle, ainsi qu'avec la symbolique de la thèse. Nous avons aussi relevé les bénéfices individuels tirés de l'exercice de la thèse.

4.3.3.1 liste de causes en rapport avec la pédagogie de la thèse :

- *difficulté à trouver des sujets.*
- *manque d'intérêt pour les sujets qui leur ont été proposés au cours de leur internat (hôpital, maîtres de stage...)*
- *difficultés de mise en œuvre du projet de recherche, et difficultés à trouver des interlocuteurs intéressés par le sujet*
- *mauvaise formation des étudiants au travail de thèse et encadrement pédagogique insuffisant*
- *manque de disponibilité des directeurs de thèse.*
- *perte de la fiche de thèse : erreur informatique ?*

4.3.3.2 liste de causes en rapport avec la vie personnelle :

- *volonté de profiter de sa vie personnelle et familiale après de longues années de privation.*
- *manque de motivation pour la thèse.*
- *problèmes graves de santé et problèmes familiaux.*
- *volonté de soutenir tardivement pour payer la CARMF le plus tardivement possible.*

4.3.3.3 Liste de causes en rapport avec les représentations de la thèse :

- *manque de liberté « de réflexion » autour des sujets de MG (sujets trop restreints autour de la MG).*
- *nécessité d'expérience et de maturité pour créer un projet utile et de qualité, la thèse étant trop prématurée pendant l'internat de MG.*
- *thèse considérée comme un mauvais outil de validation du 3ème cycle.*
- *mauvaise qualité de l'enseignement de MG.*
- *volonté de soutenir tardivement pour faire de la recherche scientifique et passer une thèse de sciences.*

4.3.3.4 Bénéfices individuels :

L'analyse des entretiens a également mis en évidence des éléments positifs liés à la réalisation de la thèse :

- *reconnaissance sociale dans la communauté médicale.*
- *bénéfices dans leur activité clinique et activités professionnelles.*
- *apprentissage des stratégies de recherche bibliographique.*
- *approfondissement de la réflexion personnelle et de la compréhension de la démarche scientifique.*

4.4 Axe 4 : Vérifier la cohérence fiche-thèse :

A l'aide de la grille de cohérence précédemment décrite dans la partie METHODE, nous avons obtenu, dans notre échantillon, les données suivantes sur la concordance entre la version finale de la thèse soutenue et le projet initialement décrit dans la fiche de thèse.

4.4.1 Cohérence fiche/thèse sur le thème:

En comparant chaque thèse de notre échantillon avec sa fiche d'origine, nous avons constaté que les thèmes étaient inchangés.

Le taux de cohérence global sur le thème est de 100% entre la fiche et la thèse finale.

4.4.2 Cohérence fiche/thèse sur les objectifs:

Le taux de cohérence totale fiche/thèse des objectifs principaux et secondaires est de 53% (objectifs principaux et secondaires strictement identiques, cotation 0 de notre grille)

Le taux de cohérence relative fiche/thèse des objectifs principaux et secondaires est de 31% (objectifs principaux et secondaires peu différents, cotations 1 et 2 de notre grille)

Le taux d'incohérence fiche/thèse des objectifs principaux et secondaires est de 16% (objectifs principaux et secondaires incohérents entre fiche et thèse, cotations 3 et 4 de notre grille)

Tableau : Cohérence de l'objectif des fiches/thèses :

Cotation (0)	17	53%
Cotation (1-2)	10	31%
Cotation (3-4)	5	16%
Total	32	100%

4.4.3 Cohérence fiche/thèse sur la méthode:

Pour ce qui est de la mesure de la cohérence fiche/thèse sur la méthode, en utilisant les mêmes définitions : on obtient

- 34% de cohérence totale
- 44% de cohérence relative
- 22% d'incohérence

<i>Cotation (0)</i>	<i>11</i>	<i>34%</i>
<i>Cotation (1-2)</i>	<i>14</i>	<i>44%</i>
<i>Cotation (3-4)</i>	<i>7</i>	<i>22%</i>
<i>Total</i>	<i>32</i>	<i>100%</i>

Tableau : Cohérence de la méthode des fiches/thèses.

4.4.4 Analyse des MOTIFS d'incohérence:

Les principaux motifs d'incohérence ont été étudiés par une analyse détaillée des fiches et des thèses finales :

- *Problème d'échantillon : modification de la taille de l'échantillon pour des questions de puissance statistique.*
- *Problème d'outil méthodologique : modification de la méthode, ajout d'un segment méthodologique pour compléter l'étude et répondre aux questions posées initialement.*
- *Problème de modalités de l'étude : modification de la durée d'étude, modification du lieu...*
- *Problème de faisabilité de l'étude : des objectifs mal définis qui obligent à modifier l'étude initiale..*
- *Problème de puissance statistique.*
- *Difficulté de réponse à la question posée.*

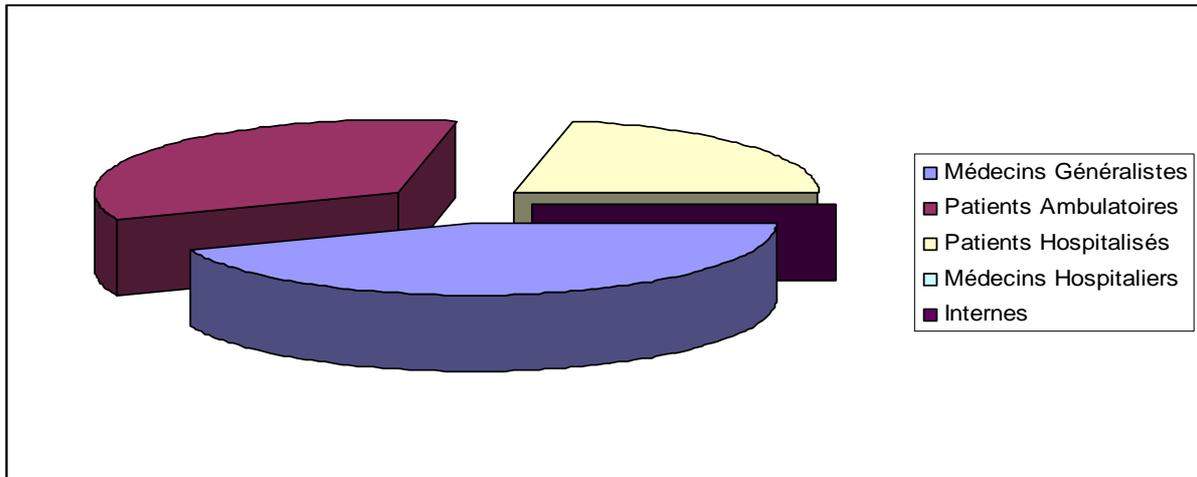
La grande majorité des incohérences relève de problèmes de méthode, et de construction du projet de thèse, sur lesquels la commission aurait pu (dû ?) agir efficacement.

4.5 Axe 5 : examiner les Thèmes de thèse et les méthodes utilisées :

Cette partie permet d'étudier et d'analyser la variété des thèmes de thèse ainsi que la cohérence des méthodes scientifiques dans notre échantillon initial.

4.5.1 Classification de l'objet d'étude des fiches:

Nous avons relevé les objets d'études des fiches de notre échantillon selon notre classification.



Camembert de la classification générale des objets d'étude

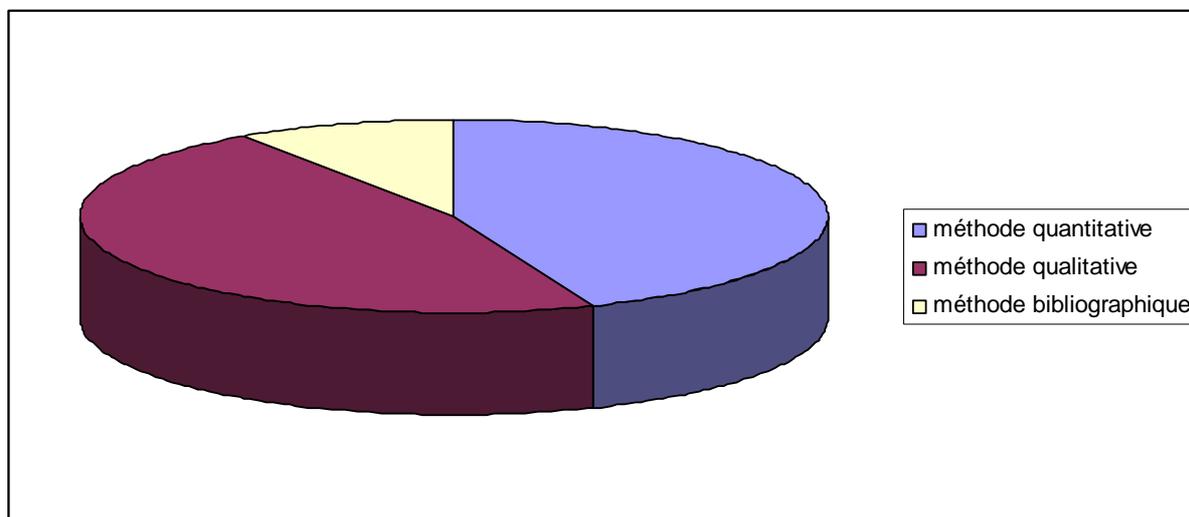
	Nbe	%	
Médecins généralistes	14	44%	78%
Patients ambulatoires	11	34%	
Médecins hospitaliers	0	0	22%
Patients hospitalisés	7	22%	
Internes	0	0	
Total	32	100%	100%

Dans l'échantillon randomisé, nous avons trouvé 44% des fiches de thèses dont l'objet d'étude était le médecin généraliste. En ajoutant les 34% de thèses portant sur les patients ambulatoires, ce sont 78% des thèses qui traitaient de la médecine de ville.

Seulement 22% des fiches de thèses traitent de sujet concernant les patients hospitalisés.

4.5.2 Classification des méthodes:

Nous avons relevé les méthodes utilisés dans notre échantillon.



Camembert de la classification générale des méthodes :

Méthode	Nbre	%
Méthode Quantitative	15	47%
Méthode Qualitative	16	50%
Méthode Bibliographique	4	3%
TOTAL	32	100%

Les thèses qualitatives représentent près de 50% des méthodes utilisés dans notre échantillon

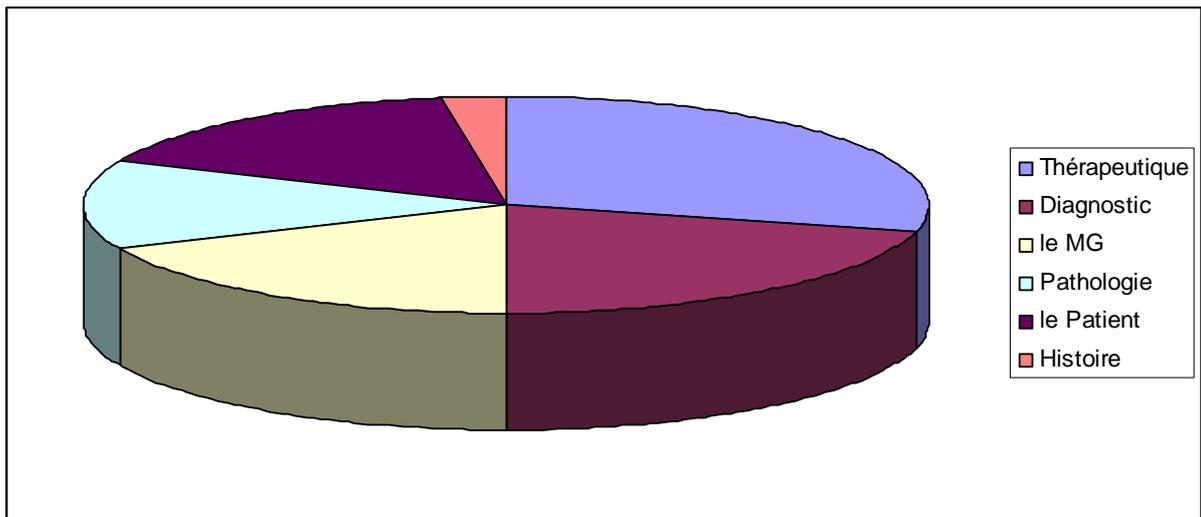
Nous n'avons trouvé parmi les thèses de notre échantillon aucune étude d'intervention, ni d'étude comparative avec des groupes-contrôle.

4.5.3 Classification des thèmes:

Concernant les thèmes, on retrouve des pourcentages relativement équivalents pour chacun des domaines ; hormis pour certains qui sont très rares tels que l'histoire.

Les sciences sociales telles que l'anthropologie, la sociologie et l'épidémiologie, ainsi que d'autres domaines tels que la psychologie, la philosophie ou l'éthique sont inexistantes.

Nous avons étudié les thèmes généraux de notre échantillon ci-joint :



Camembert de la classification générale des thèmes :

<u>Thérapeutique</u>	11	34%
<u>Diagnostic</u>	8	25%
<u>Le MG</u>	7	22%
<u>Pathologie</u>	5	16%
<u>Le Patient</u>	6	19%
<u>Histoire</u>	1	3%

Tableau des thèmes de thèse.

Nous avons classifié les fiches de thèse en sous-thème pour chacun des domaines ci-contre :

4.5.3.1 Thème THERAPEUTIQUE :

<i>Etude des procédures thérapeutiques</i>	5 fiches
<i>Evaluation des obstacles aux procédures thérapeutiques</i>	1 fiche
<i>Evaluation de l'observance</i>	1 fiche
<i>Création d'outil thérapeutique</i>	2 fiches
<i>Evaluation d'outil thérapeutique</i>	1 fiche
<i>Effets secondaires des médicaments</i>	1 fiche

4.5.3.2 Thème *DIAGNOSTIC* :

<i>Évaluation des procédures diagnostiques</i>	<i>1 fiche</i>
<i>Evaluation d'outil diagnostique.</i>	<i>5 fiches</i>
<i>Dépistage</i>	<i>2 fiches</i>

4.5.3.3 Thème: *le MG*

<i>Représentations et connaissances du MG</i>	<i>5 fiches</i>
<i>Vie du MG.</i>	<i>2 fiches</i>

4.5.3.4 Thème: *Pathologie*

<i>Description clinique d'une pathologie</i>	<i>1 fiche</i>
<i>Prévalence d'une pathologie.</i>	<i>4 fiches</i>

4.5.3.5 Thème: *le Patient*

<i>Education thérapeutique, Observance.</i>	<i>1 fiche</i>
<i>Evaluation de la qualité de vie.</i>	<i>1 fiche</i>
<i>Représentations du patient.</i>	<i>2 fiches</i>
<i>Hygiène de vie/alimentation.</i>	<i>1 fiche</i>
<i>Information du patient.</i>	<i>1 fiche</i>

4.5.3.6 Thème : HISTOIRE

<u>Histoire</u>	<u>1 fiche</u>
-----------------	----------------

5.1 analyse des résultats et de la méthode :

5.1.1 Axe 1 : Analyser le parcours de l'étudiant sur le chemin de la thèse :

5.1.1.1 Originalité de l'outil :

L'hypothèse principale de notre étude était que le travail de la commission avait permis de diminuer les délais nécessaires à l'obtention de la thèse.

Avant la mise en place de la commission jusqu'en 2006, nous avons constaté graphiquement qu'il n'existait pas de variation stable dans le temps du délai de soutenance, et avons confirmé cette tendance à l'aide d'une courbe de Kaplan-Meier moyenne qui intégrait toutes les promotions de 2002 à 2006.

En revanche, à partir de 2007, date de la mise en place de la commission, nous constatons une diminution des délais de soutenance à l'aide d'une décroissance plus rapide de la courbe moyenne 2006-2009, ce qui signifie qu'il y a bien une différence entre les promotions anciennes et récentes, confirmé par le test du log-Rank.

Notre hypothèse de départ est donc vérifiée.

En revanche, il y a une limite à ce résultat :

A partir de l'année 2007, les délais d'observation diffèrent entre les promotions : notre étude intervient précocement et ne peut exclure un croisement ultérieur des courbes, qui invaliderait notre hypothèse.

Par ailleurs, le caractère original de notre outil ne nous a pas permis de le comparer dans la littérature devant le faible nombre d'études similaires.

Les seuls résultats comparables à notre travail, seraient les délais PID/ST moyen.

Par exemple une étude(23) sur le délai entre le TCEM 1 et la soutenance de thèse des internes de la faculté Xavier-Bichat inscrit en TCEM1 entre 1995 et 1998 a montré qu'il était en moyenne de 4 ans 5 mois +/- 3 mois, soit 53 mois +/- 3 mois comparativement avec nos chiffres, seule la promotion 2005 se rapprochait de cette moyenne avec un délai moyen de 52,9 mois.

Nos délais moyens étaient meilleurs pour les promotions suivantes 2007,2008 et 2009 avec respectivement 49,3 mois ; 39,3 mois et 35,1 mois de moyenne PID/ST.

Seule l'année 2006 réalisait une exception avec 56,2 mois en moyenne.

Autre exemple, à la faculté de Créteil (24), la médiane entre la première inscription en DES et la soutenance de thèse pour l'année 2006 et 2007 était de 5.4 années, soit près de 64,8mois ; moyenne beaucoup plus élevée que dans notre travail.

Par ailleurs, toujours à la faculté de Créteil, entre 2007 et 2010, la durée moyenne entre la soumission du projet de thèse et la soutenance de thèse avait plutôt tendance à augmenter de 11 à 21 mois.

Notre étude, quelques années plus tard, serait beaucoup plus informative pour le bilan de la commission et permettrait à celle-ci de faire régulièrement des points sur ses « performances » et de se comparer à d'autres DMG français sous réserve que cet outil simple et pertinent devienne consensuel et validé par les différents responsables des DMG et collègues régionaux des généralistes enseignants français.

5.1.1.2 Objectif de soutenance à 4 ans :

Il existe actuellement une volonté institutionnelle pour que la thèse soit soutenue le plus tôt possible après le DES, voire idéalement pendant le DES.

L'objectif de notre commission de faire soutenir 75% des étudiants à 4 ans de leur DES n'a pas encore fait ses preuves ; en effet seul 40% des étudiants de la promotion 2005 atteignent de cet objectif.

A Angers la commissions des thèses (25) impose aux étudiants entrés en DES depuis novembre 2011 de soumettre leur projet de thèse, au plus tard à la fin de la deuxième année d'internat, et de soutenir celle-ci dans les deux ans qui suivent le dépôt du projet, soit au plus tard quatre ans après le début du DES.

Cet objectif est similaire à celui de la commission de Paris 7, mais nous n'avons pas de donnée sur le taux de réalisation de cet objectif à la faculté d'Angers.

5.1.1.3 Délais relatifs de dépôt, agrément de fiche et soutenance de thèse

Dans le travail de Créteil, (24) la durée moyenne entre l'inscription en troisième cycle et l'élaboration d'un projet de thèse passait de 51 mois (4,2 années) en 2007 à 38 mois (3,1 années) en 2010, ce qui correspondait à notre délai PID/PDF, alors que dans notre travail, la moyenne en 2007 de ce délai était de 28,4 mois nettement meilleure, et de 25,2 mois en 2009, bien qu'elle n'ait pu être calculée en 2010.

Concernant le délai PID/AF, le travail de Créteil, qui n'est pas tout à fait similaire au notre, observait une durée moyenne entre la soumission du projet de thèse et la soutenance de thèse (soit le délai AF/ST) de 11 mois en 2007 et de 21 mois en 2010 ; alors qu'avec nos chiffres le délai AF/ST était de 12 mois en 2007, similaire à Créteil, mais diminuait à 8,7 mois en 2009.

A noter que, si globalement le délai PID/ST (c'est-à-dire l'ensemble du processus depuis la première inscription jusqu'à la soutenance) se raccourcit, des modifications se produisent au sein de ce segment : le dépôt et l'agrément de la fiche se font plus précocement, en revanche le délai AF/ST augmente, traduisant un temps de travail sur la thèse elle-même plus important.

5.1.1.4 Critique de la méthode :

5.1.1.4.1 Censures et biais:

Nous avons choisi d'exclure de l'analyse les étudiants qui ont soutenu plus de six années après l'entrée dans le DES. Cette stratégie permet de ne pas fausser l'analyse des moyennes, qui peut être perturbée par un petit nombre d'étudiants fortement déviants, dont l'influence sur le calcul des moyennes peut être importante. Ces étudiants déviants n'ont, en revanche, pas été exclus de l'analyse des accidents sur le parcours de thèse.

La méthode utilisée conduit nécessairement à des périodes de suivi de chaque promotion d'autant plus courtes que la promotion est plus récente. Cette inégalité de durée de suivi conduit à des difficultés méthodologiques, notamment pour l'analyse des courbes de Kaplan-Meier. Pour limiter ces difficultés et augmenter la validité statistique de nos comparaisons, nous avons choisi de scinder notre échantillon en deux groupes de promotions, l'un qui a subi le passage par la commission, l'autre qui ne l'a pas subi.

5.1.2 Axe 2 : analyse du fonctionnement interne de la commission :

5.1.2.1 Analyse de l'évolution du taux d'agrément d'emblée :

5.1.2.1.1 Points forts et Limites :

L'agrément de la fiche étant une des étapes indispensables dans le processus de thèse, l'un des objectifs de la commission est d'augmenter le taux d'agrément d'emblée grâce à un ensemble d'outils disponibles autour de la thèse.

L'analyse de ce taux retrouve une augmentation régulière depuis l'année 2009, qui est probablement le signe d'une augmentation de la qualité des fiches de thèse et donc indirectement de la qualité des thèses.

Cependant cette évolution n'est constatée que de 2009 à 2012, période courte : ce résultat mériterait une analyse sur une période plus longue pour en asseoir la validité

5.1.2.2 Analyse des taux d'agrément, ajournement et refus :

Nous avons observé une différence significative du taux d'agrément entre l'année 2008/2009 et l'année 2009/2010, avec une tendance croissante pour l'année 2009/2010.

En revanche, nous n'avons pas observé de nuance évolutive pour les taux de refus et ajournement.

Les causes de refus retrouvées dans les fiches concernent la non-cohérence avec la médecine générale, les études infaisables et les carences majeures en méthodologie.

5.1.2.3 Analyse de l'évolution du taux de cohérence de la commission :

Le taux de fiches agréées/rapporteurs dissensus AG/AJ élevé, et la baisse du taux de fiche refusées/rapporteurs consensus AJ témoignent d'une stratégie globalement indulgente de la commission, qui penche du côté du rapporteur agréant.

5.1.2.4 Limite de l'étude :

Compte tenu de l'absence d'avis double de rapporteurs antérieurement à septembre 2010, nous n'avions peu de recul dans notre étude pour analyser leur cohérence.

En revanche, cette étude est originale pour caractériser le fonctionnement interne d'une commission et le mode de validation des projets de thèse.

D'autre part, notre résultat nous a poussés à émettre plusieurs hypothèses :

L'indulgence de la commission est elle en rapport avec sa composition qui s'est nettement modifiée de 2007 à 2012 avec actuellement 12 membres dont 3 chefs de clinique ?

L'augmentation rapide des promotions d'internes en MG et la production de thèse qui en découle n'oblige-t-elle pas la commission à valider plus facilement certains projets de peur de surcharger le travail déjà soutenu de la commission ?

Par ailleurs, l'analyse de la validité externe de notre étude a été compromise compte tenu de l'absence de travaux similaires.

5.1.3 Axe 3 : Analyse qualitative des accidents :

5.1.3.1 Analyse des résultats en rapport avec la pédagogie de la thèse :

Concernant l'item « trouver un sujet de thèse », les étudiants relatent cette étape comme étant « longue, difficile et restrictive » et ne savent pas « par où commencer ».

La difficulté principale qui ressortait de l'entretien était de démarrer ce travail qui reste « abstrait » aux yeux des étudiants et de lui trouver une justification car elle apparaît très en amont dans la thèse où les étudiants ne savent pas « comment l'aborder ».

Certains étudiants se démotivent même après un éventuel refus ou ajournement de leur sujet de thèse par la commission qu'il considère comme un « obstacle ».

Dans la thèse de Rousset sur « l'encadrement du travail de thèse à la faculté d'Angers avant l'année 2010 » (25), celle-ci notait « un isolement » ressenti par les étudiants avant même de commencer leur travail de thèse.

Cet isolement ressortait également de l'enquête menée à Rennes en 2009(26).

Concernant l'item « manque d'intérêt de la part de l'étudiant pour le sujet », Rousset (25) dans sa thèse relevait « le manque de motivation » des étudiants face à ce travail de thèse qu'ils considéraient comme une « contrainte ».

Par exemple, le travail de thèse par les internes de médecine générale de Picardie (27) était perçue comme « contraignante » mais « valorisante », « inadaptée » mais « rituelle » et pleine de contradictions.

Concernant l'item « Manque d'intérêt pour les sujets proposés au cours de leur internat », plusieurs étudiants soulignent que le temps important passé en milieu hospitalier au cours du cursus de l'internat rend probable que le sujet de thèse qui leur sera proposé concerne l'hôpital : les sujets de médecine générale à proprement parler sont plus difficiles à trouver.

Concernant l'item « Manque d'intérêt du sujet par les référents interrogés » par l'étudiant sur la validité de son projet, beaucoup d'étudiants protestent de la difficulté à trouver un interlocuteur motivé par son sujet, ce qui renvoie à la question du choix d'un bon directeur de thèse, et indirectement à la formation des directeurs de thèses

Concernant l'item « mauvaise formation des étudiants et encadrement pédagogique insuffisant », le travail de Tessier à Tours (28) notait que les internes considéraient la thèse comme étant « une contrainte » et « qu'ils manquaient de temps et de compétences en recherche ».

-Concernant l'item du « manque de disponibilité des directeurs de thèse », un travail de thèse sur le vécu des internes de MG de Lille trouvait que les qualités d'un Directeur attendus par les étudiants étaient « sa disponibilité, son Accessibilité, son Expertise et sa rigueur ».

En effet, les étudiants interrogés reprochaient souvent à leur directeur de thèse « le manque de disponibilité, de motivation vis-à-vis de leur sujet, ce qui a amené certains étudiants à changer de directeur en cours de route.

Du point de vue des directeurs de thèse, 22% auraient déjà abandonné au moins une thèse(30). Une préparation insuffisante, un manque de temps, des rencontres sporadiques et la lourdeur administrative étaient le plus souvent en cause(29).

Certains internes se sentent souvent seuls et peu soutenus et traversent des périodes de doute où ils ont du mal à rester motivés.

5.1.3.2 Analyse des résultats en rapport avec la vie personnelle :

Concernant l'item « manque de motivation », une enquête qualitative réalisée en 2009 à Rennes auprès d'internes en cours de réalisation de leur thèse avait montré de manière similaire que les étudiants se livraient difficilement à cet exercice considéré comme non sanctionnant et donc non motivant (26).

Ce manque de motivation semble découler du fait que les étudiants se questionnent sur l'utilité du travail de thèse et qu'ils ont le sentiment qu'on ne leur donne pas les moyens de réaliser un travail de qualité.

Concernant l'item « volonté de profiter de sa vie personnelle », accorder la vie privée, le travail universitaire et les stages hospitaliers est ressenti comme une difficulté majeure.

Par exemple, dans une étude auprès de 723 internes de MG sur les échecs de projet de thèse (29), la difficulté d'accorder le travail de thèse avec la vie personnelle a été citée par près de la moitié des répondants.

Un autre travail retrouvait ce facteur comme responsable de 5,7% des abandons de thèse à Grenoble(31).

La conciliation avec les projets privés et professionnels de chacun est un obstacle qui influence sa façon d'organiser ce travail universitaire.

5.1.3.3 Analyse des résultats en rapport avec les représentations de la thèse :

Concernant l'item « la thèse est un mauvais outil de validation du 3ème cycle », plusieurs étudiants critiquent le principe de la thèse et lui reprochent de n'être qu'« une formalité administrative » nécessaire à l'installation et un « rite de passage » devant ses aînés pour introniser son passage dans leur groupe.

C'est l'une des 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.

La légitimité de la thèse à la fin du 3ème cycle nourrit la polémique depuis des années et son intérêt scientifique est déjà contesté par les étudiants.

Ils la décrivent comme étant un sésame qui « finit archivé et oublié » au fond des bibliothèques universitaires.

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 » dans le travail de Lecouffe(32) sur le vécu de l'interne vis-à-vis de la thèse.

Pour beaucoup de détracteurs de la thèse, l'absence de publication est un argument supplémentaire pour remettre en question la valeur scientifique des thèses.

Il semble que la question de la publication des travaux de thèse soit ressentie comme un point important pour les étudiants. La commission des thèses de Paris-Diderot en est consciente puisque le développement des publications est un de ses objectifs affichés. Néanmoins il reste à examiner les modalités concrètes de la stratégie de promotion des publications, et à vérifier que le taux de publication des travaux de thèse augmente effectivement au DMG Paris-Diderot. Nous n'avons pas étudié cet aspect.

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 répéteront pas dans leur exercice ultérieur. Ce travail sur l'évaluation des compétences est effectivement un des thèmes principaux de la réflexion sur l'enseignement de la médecine générale, et s'incarne dans la mise en place du port-folio de l'étudiant.

Il faut souligner le caractère obligatoire de la thèse de médecine, particularité française et francophone ; en effet la thèse n'est pas obligatoire pour obtenir un diplôme de médecin dans les facultés anglo-saxonnes et en Europe de l'Est.

Mais malgré ces critiques, certains étudiants constatent que ce travail « développe des compétences » et enrichit son auteur aux difficultés du recueil de données, à la recherche bibliographique et aux méthodes de recherche.

Parmi les défenseurs de la thèse, le Pr Dubois de Mont Reynaud cité par Herand (33) illustre la thèse comme méthode pédagogique et compare la préparation de la thèse au quotidien d'un médecin dans sa réflexion et son activité médicale.

En France, comme l'a démontré Hergot(34), la participation des praticiens à des travaux de recherche modifie leur pratique.

Cette action formatrice est un argument majeur pour défendre la réalisation de travaux de recherche par les médecins généralistes.

Pour motiver les étudiants face à la thèse qu'ils considèrent comme une « obligation administrative », il faut promouvoir la recherche en médecine générale, la gratifier et leur donner les moyens matériels pour parvenir à cette fin.

5.1.3.4 Analyse de la méthode :

Un projet de thèse étant une entreprise difficile, comprendre la vision qu'ont les internes « accidentés » de la thèse était un objectif nécessaire pour proposer les meilleures conditions à un travail de thèse de qualité.

Notre travail n'a fait que s'inspirer des méthodes qualitatives, sans les respecter totalement : le nombre des entretiens était structurellement limité au nombre des accidentés, et la saturation des données n'a sans doute pas été atteinte. Notre catalogue des obstacles sur le chemin de la thèse est donc probablement incomplet.

5.1.3.5 Limites de l'étude:

L'analyse interprétative des interviews a été faite par le thésard seul, sans expérience antérieure ; ainsi elle ne pouvait être optimale compte tenu d'un probable biais d'interprétation.

En effet, l'enquêteur a pu faire preuve d'un manque d'objectivité, étant lui-même impliqué dans la réalisation de son travail de thèse.

Cependant il existait de ce fait une proximité avec les personnes interviewées qui a pu faciliter la confiance et le tutoiement s'est à chaque fois imposé d'emblée.

De même, les entretiens ayant été réalisés et analysés par la même personne, il existe probablement un biais d'investigation.

Ce biais peut être aussi majoré par l'inexpérience de l'enquêteur dans la réalisation des entretiens comme dans l'analyse de contenu puisqu'il a été formé à l'occasion de ce travail.

L'autre limite de cette étude concerne le choix des entretiens individuels par rapport aux focus groups.

Le focus group pourrait être pertinent pour plusieurs raisons : il peut créer une interaction entre les différents étudiants et aussi diminuer l'influence du reporter, en diminuant les interventions de relance ou de reformulation.

Ainsi, il pourrait être une méthode de choix chez les individus partageant le vécu d'une même expérience, mais la difficulté à réunir tout le monde est souvent un frein.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de triangulation des données par deux chercheurs indépendants compte tenu du faible échantillon et l'absence d'enregistrement des interviews, comme le veut la méthode qualitative.

5.1.4 Axe 4 : Vérifier la cohérence fiche-thèse :

Pour l'analyse de la cohérence fiche-thèse, nous avons dû, en l'absence de référence dans la littérature, créer notre propre grille d'analyse de la cohérence.

5.1.4.1 Analyse des résultats :

Notre étude relevait près de 100% de cohérence sur les thèmes des thèses, les étudiants restant entièrement fidèles à leur thème initial.

Concernant les objectifs, seuls 16% des thèses étaient incohérentes vis-à-vis de leur fiche.

En revanche, c'est la méthode qui pose le plus de problème aux étudiants, avec seulement 34% des thèses rigoureusement fidèles à leur fiche initiale.

Les grandes incohérences retrouvées étaient les changements de méthode, l'ajout de segments méthodologiques, la modification d'objectifs ou l'abandon de certains objectifs lors de problème de faisabilité d'étude.

Par exemple, dans le travail de V.Hélis (35), la méthodologie était citée comme critère de qualité des thèses de MG par les DMG dans 62% des cas, après le «thème de MG » qui est devenu indispensable dans toute thèse de MG.

En effet, un travail scientifique doit répondre à des normes de qualité méthodologique, à savoir une construction rigoureuse du sujet, de la problématique et des objectifs, avec une adaptation de la méthode à la question de recherche et aux buts de l'étude.

Dans un travail sur les échecs des projets de thèse en MG à Saint-Etienne (29), les principales causes de ces échecs étaient un problème de pertinence du sujet (35.3%) en rapport avec la méthodologie.

Ainsi, les enseignants jugent de la qualité des thèses essentiellement sur leur rigueur méthodologique.

Par ailleurs, le fait de lire toutes ces thèses a permis de constater que quelques rares résumés ne suivaient pas tout à fait la structure IMRAD, qui permet pourtant de structurer le résumé et donc de le rendre informatif, critère de qualité scientifique.

Globalement, ces difficultés finalement rencontrées dans l'application de la méthode prévue initialement, montrent que la commission devrait plus travailler sur l'adéquation des méthodes aux objectifs, pour réduire la fréquence ultérieure de ces écarts méthodologiques.

5.1.4.2 Biais d'interprétation

L'analyse des thèses n'ayant été faite que par le thésard, il n'y a pas eu de double lecture systématique des thèses et de leurs fiches ce qui pouvait induire une modification dans l'analyse des résultats et donc un biais d'interprétation.

D'autre part, nous n'avons pas pu tester la validité externe de notre grille d'analyse.

Le seule comparaison possible était l'étude de concordance réalisé par M.Choutet(36) entre les avis des différents évaluateurs comme « experts » pour valider une grille d'évaluation « des projets de thèse » et non une grille de cohérence fiche/thèse comme dans notre travail.

Ce travail a été l'occasion de créer une ébauche de grille de comparaison des fiches de thèse, qu'il conviendrait d'expérimenter sur un plus grand échantillon pour en tester la validité.

5.1.5 Axe 5 : Examiner les thèmes de thèse et les méthodes :

5.1.5.1 Analyse des résultats en rapport avec l'objet d'étude :

Dans un travail sur les thèses de la faculté d'Angers de Balva (37), qui comparait deux périodes de 1997/1999 et 2007/2009, celle-ci constatait une augmentation des études portant sur les médecins de 9% à 20% dans la seconde période, alors que notre étude retrouvait plus de 44% portant sur le médecin généraliste.

De plus, elle chiffrait qu'en 10 ans, le pourcentage de thèses interrogeant les médecins passait de 9% à 20%.

Cette tendance correspond probablement à l'intérêt croissant des internes vis-à-vis du mode d'exercice, de la qualité de vie et du ressenti du médecin.

Par ailleurs, l'étude de Tournebize (38) à Lyon observait que les études non pertinentes en MG étaient réalisées « à l'hôpital » à 55,5% ou « en service d'urgence » à 26,6% ; et que les études pertinentes en MG étudiaient « les MG » dans 52,9% des cas et « les patients » dans 82,8% des cas, données qui sont cohérentes avec nos résultats.

Dans un travail sur les abstracts présentés en congrès de médecine de 2007 à 2010, la recherche était majoritairement « centrée médecin » bien que la médecine générale revendique comme principe fondamental d'être « centrée patient »(39). Dans les congrès le même problème est retrouvé avec un taux élevé d'études « centrées-médecin » (54,9%).

Cette proportion de travaux centrés sur le professionnel, et non sur le patient, semble renseigner sur la difficulté identitaire à passer d'une médecine antérieurement considérée comme « d'exercice » à une discipline académique cohérente avec ses fondamentaux (40).

En effet, si la finalité des soins prodigués en médecine générale est de préserver et de maintenir la santé des patients, il faut que les travaux de recherche soient cohérents avec cette finalité et établissent le bénéfice des soins de première ligne sur des critères « patients »(41).

5.1.5.2 Analyse des résultats en rapport avec la méthode :

5.1.5.2.1 La forme IMRAD :

Avant la mise en place du DES, les thèses des étudiants en médecine générale n'étaient pas toujours en rapport avec la discipline de médecine générale, et les thèses n'étaient pas obligatoirement structurés sous forme IMRAD.

Depuis la mise en place du DES, l'étudiant doit rédiger au moins un travail de recherche concernant la MG pour valider son DES : c'est le plus souvent la thèse qui joue ce rôle.

Pierre Nougairède (42), dans son étude de 2006 à 2007 notait 19% de thèses de médecine générale sous forme IMRAD.

Hélène Balva (37) observait une augmentation des thèses sous forme d'articles de 4% à 51% dans la seconde période ; il est aux alentours de 100% à Paris 7 depuis la commission.

5.1.5.2.2 La méthode qualitative :

Notre étude relevait plus de 50% de thèses qualitatives alors que par exemple, Clémence Tournebize (38) en observait près de 12,9% et près de 29% dans les thèses « pertinentes pour la recherche en médecine générale » dans son étude de 2008 à 2010.

Par ailleurs, Balva constate une augmentation des études descriptives et une diminution des études expérimentales et analytiques de 2007 à 2009 à Angers.

De même, Chevalier(43), notait une diminution du recueil de données à partir de dossiers et une augmentation du recours à des entretiens et des questionnaires.

Inesta(44), observait aussi une augmentation des questionnaires et des entretiens lorsque le sujet de la thèse est la médecine générale.

Nous pourrions expliquer ce phénomène par l'une des spécificités de la médecine générale dont l'approche est « centrée sur la personne »(2).

Néanmoins l'utilisation de la méthode qualitative est préconisée lorsque le sujet n'a pas encore été « défriché » et que le travail relève de l'identification des concepts ou des représentations. Nous pensons qu'un taux d'étude qualitatives aussi élevé que celui que nous avons retrouvé laisse penser qu'elle est utilisée par excès (par exemple parce que les étudiants la trouvent de réalisation aisée). Une étude devrait être menée sur le corpus des thèses publiées, pour examiner la pertinence du choix de la méthode qualitative.

La légitimité du choix de la méthode qualitative devrait être examinée par la commission au moment du dépôt de la fiche.

5.1.5.2.3 La méthode bibliographique :

Les thèses bibliographiques représentaient près de 13% des thèses dans notre étude; Tournebize (38) en observait 5,5%, au total, dont 10% des thèses pertinentes en MG, qui se rapproche de notre chiffre.

Les synthèses méthodiques de la littérature nécessitent une formation spécifique à cette méthode de recherche : recherche systématique de la littérature internationale dans les bases de données, analyse critique, analyse statistique...

Elle nécessite une bonne formation à la recherche et la possibilité d'un recours à un spécialiste en recherche bibliographique.

La commission des thèses doit développer ses relations avec les documentalistes de la faculté et de l'Université pour augmenter la qualité des travaux de recherche bibliographique menés par les étudiants.

5.1.5.2.4 La méthode quantitative :

Notre avons relevé 47% d'études quantitatives ; en comparaison, Tournebize(38) retrouvait cette méthode dans près de 32,5% des thèses pertinentes en MG.

Notre travail montre qu'il y a peu d'études interventions ou d'études avec groupe contrôle.

En effet, l'analyse de la littérature montre que la recherche en MG souffre d'un déficit d'études interventionnelles et de suivi(45).

De même, Chevalier (43) constate que « les études contrôlées à haute valeur scientifique » sont quasiment inexistantes.

Le peu d'études observationnelles avec faible ampleur peut être expliquée par le manque de moyens matériel, financier et de temps pour les réaliser.

Bien que la puissance de ces études soit limitée, elles pourraient conduire à des études de grande ampleur qui amélioreraient le savoir académique de la MG et qu'il faut encourager dans les DMG.

L'investigation du champ complexe de la MG devrait davantage orienter les généralistes vers des recherches interventionnelles et des recherches-action mieux adaptées à la discipline et trop peu représentées.

Une collaboration avec les organismes de recherche, qui ont besoin d'investigateurs pour transférer en clinique des recherches issues des unités de recherche fondamentale, pourrait enrichir la recherche en MG encore jeune et qui a besoin de compétences.

5.1.5.3 Analyse des résultats en rapport avec les thèmes :

Il n'existait pas de référentiel pour la classification thématique des thèses.

Nous nous sommes alors inspirés d'une grille de domaines de recherche illustrant de la diversité des thèmes des thèses en MG de Bourrel (46) ainsi que de la grille d'analyse des thèses de Chevalier avec ses différents domaines de recherche.

Nous avons créé notre classification de manière empirique en empruntant à certaines méthodes des sciences sociales ; certains items de notre grille sont identiques à ceux de Bourrel (46), et d'autres reprennent ceux de Chevalier(39), dont la grille ne nous a pas semblé documenter de façon simple la diversité des thèmes abordés en médecine générale.

Les thèses à orientation thérapeutique, diagnostique et autour du MG sont proportionnellement les plus rédigées avec respectivement 34%, 25% et 22%. Cette tendance est retrouvée dans le travail d'El Mornan à Bobigny (24), qui observait une augmentation de ces thèmes de 32% en 2007 à 44% en 2010.

De même, le travail de Balva (37), notait près de 32% de ces thèmes en deuxième période d'étude.

Ce sont souvent des études de comparaison des pratiques, car il y a un réel questionnement sur les pratiques des médecins, leurs besoins et leurs difficultés où l'interne constate la difficulté à appliquer les recommandations et s'interroge entre « le souhaitable » et « le possible ».

Par exemple, une étude canadienne(47) constatait que les médecins généralistes étaient majoritairement favorables à l'application des recommandations mais que les exigences et désirs du patient pouvaient modifier l'attitude du praticien.

De plus en plus de thèses s'intéressent au mode d'exercice, à la qualité de vie et au ressenti des médecins ; d'où l'augmentation des thèses interrogeant les médecins généralistes, par exemple à Angers (37), qui passe de 9% à 20% ; de même à Rennes avec 23% (44).

Il y a tout de même une variété des thèmes dans notre échantillon, mais certains domaines sont inexploités et la commission doit pouvoir continuer à œuvrer à faire varier les thèmes de thèse.

5.1.5.4 : Limites de l'étude :

5.1.5.4.1 Choix de l'échantillon :

Notre échantillon étant petit (32 thèses), et bien qu'il ait été randomisé, nous pouvons nous interroger sur sa représentativité vis-à-vis de l'ensemble des thèses produites à Paris 7 ce qui influencerait nos résultats.

Notre étude manquait probablement de puissance face à d'autres travaux du même genre au niveau national.

5.1.5.4.2 Choix de la grille de classification des thèmes :

Les besoins de connaissances en médecine générale sont immenses et les moyens méthodologiques à disposition sont variés(46).

La grille que nous avons adoptée n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique. Sa structuration n'était pas simple du fait du chevauchement fréquent des thèmes pour un même sujet, d'où l'existence d'un probable biais de classification.

Nos résultats montrent une faible dispersion des thèmes. Nous pensons que la commission des thèses pourrait œuvrer pour favoriser la diversification des thèmes, à la fois dans le domaine strict du travail biomédical, et dans l'ouverture vers des champs et des méthodes extérieurs à la discipline de médecine générale (travaux portant sur l'histoire, les représentations, les interactions sociales,...)

5.2 Comment améliorer la qualité des thèses :

Le nombre et la qualité des thèses de médecine générale doit être une priorité pour les Départements de MG car elles ne sont utiles pour la discipline que si elles sont valorisées, c'est-à-dire publiées sous forme d'un article original.

5.2.1.1 Critères de qualité des thèses:

En 2005, V. Héris(35) a recueilli auprès des responsables des départements de médecine Générale les critères de qualité d'une thèse de MG suivants :

- *Un sujet relatif aux soins primaires.*
- *Une rigueur méthodologique (respect de la structure IMRAD, élaboration de la question de recherche).*
- *Un travail personnel motivé et investi du thésard.*
- *Une qualité de la recherche bibliographique.*
- *Un apport pour la discipline.*

5.2.1.1.1 Qualité scientifique des thèses :

La qualité scientifique des thèses de médecine générale, telle qu'elle est rapportée par les travaux qui s'y sont intéressés, est malheureusement encore insuffisante.

Selon une étude analysant 252 thèses de la faculté de Paris-Descartes (43), 22% des thèses n'auraient pas de question de recherche identifiée, bien qu'elle soit une étape première d'un travail de qualité ;et 47% auraient un résumé ne respectant pas la structure IMRAD.

Par ailleurs, la proportion de thèses décrivant des cas cliniques a quand même baissé de 26% en 2005 à 4% en 2007.

Notre travail ne permettait pas d'interroger spécifiquement la qualité scientifique des thèses de médecine générale de Paris DIDEROT : ce pourrait être l'objectif d'un travail ultérieur.

5.2.1.1.2 Méthode :

La rigueur méthodologique doit être exigée dans la recherche en MG car de nombreux biais méthodologiques dans ces thèses rendent les résultats non publiables par les revues scientifiques.

D'après Shuval K. et al(48), le nombre d'études qualitatives publiées dans des revues médicales est en augmentation ces dix dernières années.

En effet, les méthodes qualitatives sont reconnues comme pertinentes pour la recherche en médecine générale.

Mais la recherche primaire peut associer les méthodes quantitatives et qualitatives où cette dernière peut précéder une recherche quantitative en générant des hypothèses et produire les items d'un questionnaire quantitatif ; ce qui permettrait d'éviter des biais liés à une méthode particulière en croisant les données.

5.2.1.1.2.1 Comment orienter les thèmes de thèse des internes ?

Il serait opportun de définir des priorités de recherche au niveau des départements de MG de la faculté par questionnements des enseignants et des internes mais aussi par identification des travaux antérieurs et orienter, ainsi, les thèmes par l'intermédiaire d'une banque de sujets de thèse.

Mais aussi, il serait adéquat d'informer les étudiants de ces priorités et de les impliquer ainsi dans le développement de la recherche de leur faculté.

Par ailleurs, il conviendrait d'uniformiser et généraliser les descriptions des thèses, de valider des indicateurs simples des thèses et de définir des critères communs de pertinence des thèses.

5.2.1.1.3 Critères d'évaluations du contenu de la thèse:

De manière générale, une thèse doit respecter certains critères et peut être jugée selon sa structure indépendamment de son contenu et de ses résultats.

5.2.1.1.3.1 Présentation de la thèse:

- *Qualité de la langue.*
- *Cohérence et pertinence de la structure générale de la thèse.*
- *Qualité du sommaire.*
- *Pertinence de la revue de la littérature*
- *Pertinence des annexes*

5.2.1.1.3.2 Contenu

- *Qualité et diversité de la revue de la littérature.*
- *Lien pertinent entre l'évaluation de la littérature et l'orientation de la recherche.*
- *Appropriation des stratégies globales de recherche.*
- *Sélection et mise en œuvre des méthodes et des instruments de recherche.*
- *Qualité et pertinence de l'intégration des données et de leur analyse*
- *Interprétation des résultats en relation avec la littérature.*
- *Identification des limites de la recherche et discussion de ses apports*

5.2.1.1.3.3 Évaluation critique.

- *Pertinence théorique.*
- *Jugement critique.*
- *Qualité d'analyse et d'interprétation des résultats.*
- *Rigueur.*
- *Imagination, originalité.*

V.Hélis (35) a montré qu'il était difficile de définir de manière consensuelle les critères de qualité d'une thèse de médecine générale et qu'il lui paraissait important « d'uniformiser les critères de jugement des thèses de médecine générale » sur l'ensemble du territoire français pour produire des travaux comparatifs d'ordre national et permettre une évaluation.

Par exemple, définir un consensus entre les différents responsables des DMG français et les collèges régionaux des généralistes enseignants à l'aide d'indicateurs simples et pertinents pour le suivi des thèses de MG, définir des critères communs de pertinence des thèses.

5.2.1.2 Cause d'échecs ces thèses :

Selon une étude auprès de 723 internes en médecine (29), les principales causes des échecs de projet de thèse retrouvées étaient un problème de pertinence de sujet (35,3%), un manque de temps (21,6%), un problème de motivation de l'étudiant (15,7%) et un problème de motivation du directeur (13,7%) .

5.2.1.2.1 Vécu de l'étudiant :

A posteriori, le vécu de la thèse est majoritairement positif comme le montre le taux de satisfaction de 7,3 sur 10 dans l'étude de Konieczny(29) ou bien celle de Morinais (49) qui notait en 2004 un taux de satisfaction de 92% ; ils en parlent comme « un aboutissement, une étape à passer et même de fierté », notions retrouvées dans une étude sur le vécu de l'interne de MG de Lille (32).

Les attentes de la plupart des étudiants se situent souvent autour de la difficulté à commencer un travail abstrait qu'il conviendrait de rendre plus concret dès le début du DES pour en faciliter le démarrage.

Pour cela, différentes propositions d'améliorations visent à augmenter le nombre d'interlocuteurs formés pour accompagner les thésards dans l'élaboration de leur travail, et à rendre la thèse concrète de manière plus précoce.

Pour améliorer ce vécu, une autre étude (29) propose certaines pistes:

- encourager les sujets provenant des internes eux-mêmes, car leur vécu est meilleur, tout en veillant à la pertinence du sujet.
- proposer un « calendrier négocié » dès le début de la thèse car le temps jouerait un rôle prépondérant pour le thésard dans les difficultés autour de son travail.

Paradoxalement, les internes témoignant avoir été le mieux formés sont ceux qui ont déclaré avoir vécu le plus d'étapes difficiles(29).

L'apprentissage ne signifie peut être pas seulement l'acquisition de techniques permettant de faciliter le travail, mais aussi une découverte « délicate » de la rigueur scientifique(29).

5.2.1.2.2 Thèses collectives :

Pour parer aux difficultés du choix d'un sujet, les étudiants cherchent des sujets auprès des directeurs de thèse, ou à des amis désireux de faire leur thèse en binôme.

Certains proposent l'organisation d'un compagnonnage au sujet de la thèse ou de groupes d'échanges entre thésards, ceci afin de mettre en place une sorte de tutorat méthodologique.

Les thèses réalisées à plusieurs permettent une dynamique de groupe, avec ses qualités et ses défauts. Ces thèses ont l'avantage de reconstituer plus fidèlement l'ambiance d'une équipe de recherche.

5.2.1.3 Formation des directeurs de thèse :

La valeur scientifique de la thèse dépend aussi du travail et de l'implication des directeurs de thèses dans le choix du sujet et dans la réalisation d'un protocole de recherche.

Certaines études ont abordé les causes d'échecs de thèse du point de vue des directeurs de thèse, où 22,2% d'entre eux auraient déjà abandonné au moins une thèse(30).

Les difficultés évoquées étaient la préparation insuffisante ou des rencontres irrégulières, le manque de temps et la lourdeur administrative.

5.2.1.3.1 Les caractéristiques du directeur de thèse :

Selon R. Prigent , conseiller pédagogique au Service pédagogique de l'Ecole polytechnique de Montréal(50), un directeur de recherche idéal doit pouvoir:

- *« guider de façon compétente l'étudiant (aspects scientifiques et méthodologiques de la recherche).*
- *Établir des engagements explicites avec l'étudiant.*
- *Manifester un intérêt véritable pour l'étudiant et son sujet.*
- *Offrir une disponibilité régulière et exclusive.*
- *Faire preuve de réalisme (ampleur du sujet, durée des études, échéanciers).*
- *Soutenir et encourager l'étudiant.*
- *Favoriser une communication claire.*
- *Créer une relation interpersonnelle aisée, sûre et détendue.*
- *Faire preuve d'écoute.*
- *Savoir questionner afin d'aider l'étudiant à «accoucher» de ses idées, sait expliquer et rétroagir ».*

Il doit également être en mesure de fournir à l'étudiant :

- « Des outils pour son travail, notamment au niveau des recherches bibliographiques (méthodes de collecte, d'analyse et les liens de banques de données utiles pour son travail de recherche).
- Des ressources matérielles, des ressources humaines, et des aides financières ».

Ces caractéristiques du directeur idéal ne sont pas spécifiques à la médecine générale, mais peuvent s'y appliquer.

Par ailleurs, R. Prégent insiste sur le fait que les compétences et l'intérêt d'un directeur pour le sujet sont des éléments importants.

Mais toutes ces compétences nécessitent un apprentissage car comme toutes les connaissances et compétences acquises, une évaluation régulière est requise.

5.2.1.3.1.1 Formations à la direction de thèses

La participation à un travail de recherche est formatrice pour le médecin (34).

Les médecins généralistes qui dirigent des thèses pourraient bénéficier de points de formation continue attribués ce travail d'encadrement.

Pour cela des formations à la direction de thèse existent :

- Par les collègues des généralistes enseignants dans chaque région.
- Par le CNGE au niveau national : il propose depuis plus de 20 ans, aux médecins des formations à la direction de thèse sous forme de séminaires interactifs au sein des facultés.

Les objectifs de ces séminaires sont de faire acquérir les enjeux d'une thèse comme élément de formation, d'une part, et comme support de validation d'une formation, d'autre part, ainsi que les principes et les outils de cette direction.

5.2.1.3.1.2 Evaluation des formations :

L'évaluation des formations n'est pas simple ; les directeurs de thèse étant déjà très occupés par leurs activités de soins, de direction de thèse, de recherche, d'enseignement, de formation continue, pour qui le temps est une denrée rare.

Très souvent une échelle de pertinence des indicateurs est utilisée mais une évaluation indirecte passant par l'évaluation de la qualité des thèses ne serait-elle pas suffisante ?

Aucun état des lieux précis des médecins généralistes formés à la direction des thèses n'existe au niveau régional et encore moins au niveau national.

En 2010, la thèse de Harriague (30) montrait que seulement 13% des thèses de Bordeaux étaient dirigés par un médecin généraliste.

Il existe des listes de directeurs formés à la direction de thèse et disponibles pour encadrer les thésards sur les sites des DMG, mais il conviendrait de l'extrapoler à chaque région et la rendre disponible aux étudiants.

5.2.1.3.2 Modèle de formation des DRT :

Le modèle qui suit a été inspiré des méthodes de formation à la thèse en doctorat de sciences et généralisé à la médecine.

- *Connaître le contexte réglementaire de la direction de thèse.*
- *Formuler une problématique et une hypothèse clairement délimitée.*
- *Proposer au thésard les ressources bibliographiques nécessaires pour étayer son travail.*
- *Aider le thésard à trouver les ressources humaines utiles pour son travail.*
- *Choisir parmi les méthodes existantes celle qui permettra de mener à bien le travail en tenant compte des contraintes de chacun.*
- *Aider à construire les outils nécessaires à la mise en œuvre du travail : courrier, questionnaire.*
- *Définir les outils permettant de mener à bien la recherche.*
- *Connaître les étapes de la réalisation du travail.*

5.2.1.3.3 Une pénurie d'enseignants de médecine Générale?

Le temps consacré à la direction de thèse peut être long, n'est pas rémunéré, excepté pour les enseignants associés de médecine générale salariés.

Seuls ces enseignants devraient-ils participer à la direction de thèse ? Sont-ils suffisamment nombreux pour encadrer efficacement les étudiants de médecine générale ?

Les résultats de l'enquête de Harriague(30) à Bordeaux montraient que les médecins généralistes directeurs de thèses étaient majoritairement des hommes. « Seulement 33% d'entre eux avaient moins de 50 ans ».

Le vieillissement et la féminisation des médecins généralistes prévus pour les années à venir amènent des interrogations quant à l'encadrement des thèses des étudiants de médecine générale par les médecins généralistes (47).

La difficulté actuelle est de gérer le temps l'activité médicale libérale et la direction d'une thèse.

En effet, d'après l'IRDES, le temps nécessaire à la direction d'une thèse est estimé à 28,18 heures sur une année, qui s'ajoutent au temps de travail du médecin généraliste estimé à 54,6 heures hebdomadaires en moyenne.

Cette moyenne n'incluait pas le temps accordé à l'enseignement mais comprenait le temps consacré à la formation continue.

À cela s'ajoute le temps accordé à la maîtrise de stage qui allonge d'une heure en moyenne la journée du médecin généraliste impliqué dans l'enseignement clinique ambulatoire.

Ainsi, exercer en cabinet et se consacrer à la recherche peut créer une situation rapidement précaire ; c'est pourquoi peu de généralistes, excepté les enseignants, se proposent pour diriger une thèse.

5.2.1.3.4 Propositions pour la formation des MG :

- Informer les médecins généralistes des formations à la direction de thèse existantes et aux autres méthodes de recherche (proposées par le CNGE, CGEA).
- Impliquer les maîtres de stage qui assurent l'encadrement et l'enseignement des étudiants de médecine générale sur le terrain, et les former à la direction de thèses; un moyen pour eux de contribuer à une réflexion sur leur activité et d'étayer leur formation médicale continue.
- Impliquer les médecins spécialistes intéressés par la médecine générale dans des codirections avec des médecins généralistes notamment sur les sujets concernant la coordination entre hôpital et soins primaires, les réseaux de soins ; développer des formations continues à l'aide de codirections.
- Proposer un partenariat avec des centres de recherches appliquées en méthodes éducatives.
- Favoriser les partenariats avec d'autres disciplines telles que les sciences sociales, l'épidémiologie, la santé publique.

5.2.1.3.5 Propositions pour la formation des Internes:

1) Faciliter l'accès aux directeurs de thèses :

- Le site du DMG propose une liste de directeurs de thèses avec la possibilité de les contacter en ligne. Chaque directeur potentiel met à jour sa fiche deux fois par an en indiquant notamment sa profession, et les thèmes qui l'intéressent. Cette liste pourrait être améliorée, notamment en permettant aux étudiants d'accéder aux thèses qui ont été dirigées par chaque directeur de thèses.

2) Aide à la recherche de sujets :

- proposer des sujets pour des thèses rapides.
- proposer des sujets élaborés par des universitaires de MG.
- proposer des sujets orientés selon les axes de recherche du département de médecine générale.

- *Visibilité des thèses en cours, banques de données de thèses comme le répertoire national des thèses de MG.*
- *Construire en ligne une banque de sujets de thèses, où les sujets pourraient être proposés tant par les enseignants que par les étudiants*
- *Favoriser la définition de sujets de thèses « fils », à partir d'une soutenance de thèse. On développerait ainsi des thèmes de recherche EN GRAPPE à partir de sujets déjà travaillés.*

3) Augmenter l'encadrement par les directeurs de thèse :

- *La qualité de l'encadrement et l'engagement du directeur sur la durée du travail de thèse sont des éléments capitaux dans la valorisation du travail de thèse. P. Nougairède (42) a montré dans sa thèse que c'est surtout l'aide, le soutien et les compétences méthodologiques tout au long du projet qui aboutit à une publication plus que le titre, la spécialité du directeur ou sa compétence sur le sujet.*

4) La Gestion du temps en fonction du déroulement du DES :

- *Négocier un calendrier précis dès le début des travaux pourrait favoriser l'aboutissement des projets de thèses d'après un travail sur les causes d'échecs des thèses (29).*
- *S'il est souvent accordé aux internes de se libérer une fois par mois pour se rendre aux cours de DES, cet aménagement hebdomadaire légal devrait pouvoir se démocratiser dans les services hospitaliers.*
- *On pourrait proposer qu'une partie des deux demi-journées hebdomadaires « théoriquement » réservées à la formation en TCEM soit effectivement consacré à la thèse avec la possibilité de rendez-vous réguliers avec le directeur de thèse et/ou un généraliste enseignant dans un but de stimulation et d'orientation des travaux.*

5) Proposer une cellule méthodologique de thèse :

- *Aide à la validation du sujet de thèse*
- *Conseils sur la fiche de thèse.*
- *Aide à la redéfinition du sujet si nécessaire.*
- *Conseils méthodologiques, aide à la mise en forme du travail de recherche.*
- *Création de groupes de pairs spécifiques à la thèse, comme les soirées thèses qui permettent aux étudiants de venir discuter entre eux à n'importe quel stade de leur travail pour les aider à progresser dans leur travail.*
- *Créer un système de « compagnonnage » avec des ateliers de petits groupes de thésards pour une progression logique et encadrée du travail de thèse en définissant des objectifs à chacune des étapes.*

- Favoriser les travaux collectifs : très réclamé par les étudiants par leur effet stimulant et rassurant et qui permettrait, aussi, des travaux de plus grande ampleur et de niveau scientifique en vue d'une publication.
- Conseiller la lecture à chaque thésard de guides pratiques sur la thèse, avant d'entreprendre son travail.

6) Modification des séminaires de thèse :

- Adapter l'initiation à la thèse en fonction de l'année d'étude dès le début du DES avec des séminaires de formation méthodologique : découverte des outils de la thèse, formulation de la problématique, l'écriture scientifique de la thèse...
- Formation aux méthodes de recherche (quantitative, qualitative, etc.), en statistiques et en épidémiologie.
- Formation à la recherche bibliographique.
- Ateliers pratiques type « journal clubs » continuité de la LCA en 2^{ème} cycle, avec lecture d'articles de recherche en MG publiés dans les revues internationales ; éventuellement en anglais, avec des travaux pratiques.

7) Augmenter le nombre d'interlocuteurs et personnes ressources :

- Mise à disposition d'un annuaire des aides extérieures disponibles classées par compétences (statisticiens, sociologues, documentalistes etc.).
- Proposer un annuaire de banque de données pertinentes pour la recherche d'informations concernant les soins primaires.
- Il serait souhaitable de formaliser davantage les rapports avec les départements de santé publique et de sciences humaines afin de pouvoir proposer aux étudiants différentes personnes à contacter.
- En effet certains étudiants se sont heurtés à des difficultés de contacts avec les personnes ressources conseillées par le DMG qui se trouvaient débordées par les multiples sollicitations.

8) Augmenter la qualité scientifique des thèses :

- Editer des critères de qualité des thèses sous forme de grille d'analyse
- Définir des axes et priorités de recherche au sein de chaque DMG des facultés.
- Imposer la structure IMRAD au résumé, en ajoutant, par exemple, un nouvel item à la fiche de thèse comme la faculté de médecine de Créteil depuis juillet 2011.
- Proposer des sujets avec des études d'interventions ou groupe contrôle pour renforcer le poids scientifique de la thèse.

9) Regrouper les thèses en ligne sur une base de données connue, commune et gratuite.

- P.Nougareide proposait d'exporter toutes les thèses sur un site connu : celui du DES des internes en MG d'île de France.
- Le site est connu par tous les internes de MG, qui y ont accès régulièrement pour le choix de stages, et il est géré par les DMG pour qui il serait facile de créer une base documentaire de thèses.

10) Proposer des aides de financement en diffusant les coordonnées des structures disposées à financer les travaux de thèse (CGEA, DMG, Sécurité sociale, etc...).

11) Conseiller les étudiants sur la constitution et le choix des membres du jury et promouvoir les présidences de jurys et les directions de thèse par des généralistes.

Le potentiel de valorisation des thèses de médecine en terme de publications scientifiques reste important comme l'ont souligné les Professeurs Boulanger et Baufreton (52).

Mais bien que les internes soient motivés à la réalisation de travaux de recherche de qualité pour participer au développement de leur spécialité ; leur formation à la recherche, et la place que dispose celle-ci dans la discipline paraît bien encore insuffisante.

5.3 Comment améliorer la recherche en MG ?

En médecine générale, la recherche française a un certain retard par rapport aux autres disciplines et à d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas(13).

La recherche est devenue un enjeu particulier pour cette discipline depuis son universitarisation en 2004.

5.3.1 Etat des lieux en publication :

A Angers sur la période de 2004 à 2008 (53), l'étude de F.Moreau retrouvait un taux de publications indexées des thèses de médecine générale de 11% .

A Paris 7, sur la période 2006 à 2007, P.Nougareide (42), obtenait un taux de 3% de publication de MG dans une revue indexée, et un chiffre de 8% dans une revue non indexée.

A Lille (54), par exemple, le taux de publication indexé en MG entre 2001 et 2007 observé était de 4,5% sur un total de 11,3% toutes spécialités confondues, bien que la MG était la spécialité qui a le plus soutenu de thèses, c'était celle qui a le moins publiée après la psychiatrie.

Des chercheurs ont comparé, par rapport à nos voisins européens, le nombre de publications indexées dans Pubmed en tant que travaux de recherche en médecine générale, selon la nationalité des auteurs (55) :

En 2003 il y a eu 1038 publications pour le Royaume Uni, 159 pour les PaysBas, 77 pour la France.

Depuis 1999, avec la prise de conscience des institutions, l'émergence de chercheurs et la production croissante de travaux, la situation française a considérablement progressé, mais un chemin important reste à parcourir pour rattraper ce retard.

C'est essentiellement une question de volonté politique et de choix de système de santé. Le développement de la recherche est lui, lié à la filière universitaire de médecine générale, et à l'évolution de la médecine générale dans le système de santé.

5.3.2 Les producteurs de recherche :

Selon l'analyse de G.Pouvourville (13), 3 principaux lieux de production de recherche se dégagent :

5.3.2.1 Les départements de MG :

En plus de leurs missions d'enseignement de la MG au cours du cursus médical et de formation pédagogique des enseignants, les départements de MG se doivent de promouvoir la recherche par la production des travaux de thèses d'exercice essentiellement.

Les DMG se sont efforcés au cours du temps d'augmenter les exigences de qualité scientifique des travaux, en offrant des formations à la méthodologie de la recherche.

Grace au travail de V.Hélis (35), nous disposons d'informations sur le fonctionnement récent et les difficultés rencontrées au sein des DMG pour valoriser la formation à la recherche des étudiants.

5.3.2.2 Les sociétés savantes :

Elles fonctionnent comme des lieux d'animation de réseaux de médecins investigateurs adhérents.

Elles ont à la fois une fonction de formation continue, partie la plus importante, et une fonction de recherche.

5.3.2.2.1 La SFMG :

La SFMG (société française de médecine générale) crée en 1973, affichait d'emblée ses prétentions scientifiques en développant le dictionnaire des résultats de consultation (DRC). Celui-ci est devenu un outil de base des actions de formation développées par la SFMG qui sert de base d'enregistrement d'information sur les pathologies rencontrées et les traitements mis en œuvre au cabinet d'un groupe de médecins constituant ainsi l'observatoire de médecine générale

Par ailleurs, elle a des partenariats avec l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé), le CERMES (centre de recherche médicale et sanitaire) et l'unité pharmaco-épidémiologie de l'université de Bordeaux et elle est membre de la WONCA.

5.3.2.2.2 La SFTG :

La SFTG (société française de thérapeutique généraliste) est née en 1970. Son ambition première était d'organiser la formation continue des médecins par le biais d'antennes locales regroupées en un réseau national.

Son département de recherche a vu le jour en 1990 et travaille sur différents thèmes tels que la recherche sur l'organisation des soins primaires, la relation médecin/malade...

Elle travaille notamment, en partenariat avec la société française de santé publique, l'unité INSERM 149 et le CERMES.

5.3.2.2.3 Le CNGE :

Le CNGE (collège national des généralistes enseignants) est l'instance représentative des enseignants de médecine générale, crée en 1983. Il participe de manière active à l'amélioration de la formation non seulement des internes en médecine générale, mais également celle des enseignants.

Il contribue à l'animation collective de la recherche au sein des DMG et la promotion de la diffusion des travaux par le biais de sa section recherche créée en 2003 et de sa revue "Exercer". Il est aussi membre de la WONCA.

Les sociétés savantes de médecine générale doivent continuer à jouer un rôle important d'animation du milieu, de diffusion des connaissances et d'opérateurs de recherche pour des projets multicentriques.

Elles bénéficieront de l'augmentation du nombre de médecins généralistes ayant acquis une formation à la recherche.

5.3.2.3 Les réseaux locaux :

Ce troisième type de lieu de production de travaux d'études et de recherche est constitué d'un grand nombre de réseaux locaux, de taille et de finalité diverses.

Mais leur fonctionnement actuel souffre de multiples handicaps : peu de ressources, biais d'échantillonnage fréquent, carence méthodologique laissant planer un doute quant à la qualité des travaux entrepris.

Néanmoins, leur activité témoigne d'une capacité de mobilisation de médecins généralistes de terrain prêts à s'investir dans des opérations d'études et de recherche.

5.3.3 Les différents modes de publication actuels :

5.3.3.1 Communication dans un congrès scientifique :

La communication orale ou affichée (poster), dans un congrès scientifique est souvent la première occasion de diffuser ses résultats à leurs utilisateurs potentiels.

Le choix du congrès se fait en fonction du public et de son intérêt à la question de recherche.

5.3.3.2 Communications orales :

Le résumé soumis à un congrès doit respecter les règles habituelles d'une étude (IMRAD).

Il peut cependant être reformulé de manière différente selon le congrès et le public visé.

5.3.3.3 Communications affichées

Une communication affichée, ou « poster » en anglais, se définit comme un support papier, sur lequel est imprimé un assortiment de texte, de tableaux, et de figures, qui est exposé pour informer le public d'un congrès.

5.3.3.4 Publication dans une revue scientifique :

La publication scientifique doit être validée par un comité de lecture indépendant.

Celui-ci a pour mission d'évaluer la rigueur du travail, la méthode scientifique mais aussi l'absence de conflit d'intérêt.

5.3.3.5 Modes de valorisation :

5.3.3.5.1 Taux de médailles ou mentions

Le jury peut soit refuser la thèse, soit l'admettre avec la mention "honorable" ou "très honorable" et décider de l'attribution d'une médaille d'argent ou de bronze qui confère le titre de "Lauréat de la Faculté".

Il n'a pas pour l'instant été défini de critère d'attribution des médailles. Une formulation claire de ces critères pourrait permettre de distinguer les travaux méritant publication. Une cellule de suivi de la commission des thèses pourrait s'assurer que les thèses primées font effectivement, à terme, l'objet d'une publication.

5.3.3.5.2 Prix de thèse :

Différents prix de thèse existent, adaptés à la médecine générale :

- Le prix de thèse de médecine générale d'Île de France Albert Herceq décerné lors de la Journée de Médecine Générale d'Île-de-France.
- La thèse du mois de FAYRGP, qui sélectionne, chaque mois, une thèse réalisée dans le cadre d'un DES de médecine générale pour son intérêt pour la discipline et sa qualité méthodologique.
- Le prix national de thèse du CNGE annuel dont le thème phare est la recherche en médecine générale.
- Le prix de thèse Machaons, financé par l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS) d'île de France qui récompense les meilleures thèses de médecine portant sur l'exercice libéral.

5.3.3.6 Marqueurs de qualité des publications :

Afin d'évaluer la portée de la publication dans le milieu scientifique, différents indicateurs existent :

5.3.3.6.1 L'impact factor

L'Impact factor, le plus ancien, est un moyen d'évaluer la « qualité » d'une revue.

L'IF d'une revue est calculé par l'Institute for Scientific Information (ISI) et édité dans le Journal of citation report (JCR).

Un IF élevé est souvent synonyme de notoriété et de prestige.

Par exemple, pour l'année 2010, il se calcule :

$IF = \frac{\text{Nombre de citations des articles publiés en 2008 et 2009}}{\text{Nombre d'articles parus en 2008 et 2009}}$

Nombre d'articles parus en 2008 et 2009

L'IF de la revue de publication et le rang du thésard sont des éléments constitutifs du score SIGAPS qui représente le score de base pour l'évaluation du taux de publication des établissements de santé.

5.3.3.6.2 L'indice H ou indice de Hirsch

C'est un autre outil d'analyse bibliométrique pour évaluer de manière plus globale l'impact d'un chercheur sur la communauté scientifique.

Il mesure la distribution des citations dont fait l'objet le travail d'un chercheur, d'un groupe, d'un département ou d'une université en pondérant le nombre d'articles publiés avec le nombre de citations.

5.3.3.6.3 Le Taux de publication

Le taux de publication est calculé à partir de l'interrogation des articles indexés dans les bases de données classiques, où la littérature grise n'est pas recherchée.

5.3.3.6.4 Le Taux d'exploitation

Le taux d'exploitation des thèses, indice composite, crée par P.Nougairède (42), associe les publications dans des revues (indexées ou non), des posters de congrès ou des supports écrits de présentation orale.

Il évalue l'ensemble hétérogène des publications indexées et de la littérature grise.

5.3.4 Comment se former à la recherche ?

5.3.4.1 D'abord la thèse de médecine.

Les deux premiers cycles des études médicales ne forment pas aux démarches de recherche et la thèse de médecine est souvent la seule opportunité de mener un travail de recherche.

La responsabilité des départements est déterminante pour orienter les internes vers des questions de recherche en médecine générale afin de les encadrer et de valoriser les travaux réalisés.

Un département avec une activité de recherche au long cours sur différentes thématiques permettrait d'intégrer aisément des internes au sein de l'équipe de recherche qui feront avancer les travaux de celui-ci tout en faisant leur thèse.

5.3.4.2 Se former aux méthodes quantitatives.

Aujourd'hui, au-delà de la thèse de médecine, une formation solide et « spécialisée » aux méthodes quantitatives passe par la réalisation d'un Master de Santé Publique (5).

Le cursus comprend un Master 1 (M1), suivi d'un Master 2 Recherche (M2R) ou d'un Master 2 Professionnel (M2Pro).

5.3.4.3 Se former aux méthodes qualitatives.

Formellement le cursus est similaire, comprenant M1 et M2R.

Cependant l'admission en M1 de sciences sociales, pour un interne ou un jeune médecin, nécessite des connaissances et un bagage solide en sciences sociales, c'est pourquoi l'entrée passe par une sélection sur dossier.

5.3.4.4 Se former dans le champ de la médecine générale.

La formation du chercheur doit se faire dans le champ de la médecine générale (5).

Une appropriation des concepts et des grandes problématiques de la MG, une expérience de la pratique clinique et du milieu professionnel, sont nécessaires pour concevoir et mener des projets de recherche pertinents.

Mais l'ampleur du champ de la MG est telle que certaines équipes commencent à se « spécialiser ».

Depuis 2005 la CNAMTS propose des bourses aux internes et jeunes médecins généralistes qui souhaitent réaliser un Master 2 Recherche avec un projet de recherche en médecine générale.

5.3.5 La vision de la recherche par les MG :

5.3.5.1 Une volonté des MG de faire de la recherche :

Plusieurs auteurs ont démontré l'impact de la réalisation de travaux de recherche sur la vie professionnelle ultérieure.

Par exemple, Williams (56) montre que plus de 84% des praticiens en Angleterre, où la thèse n'est pas obligatoire pour exercer, continuent à pratiquer la recherche après obtention de leur grade universitaire.

Et d'autre part, Hergot (34) soulignait que la participation des MG à des travaux de recherche modifiait leur pratique.

Dans l'étude DRIM auprès de 284 médecins de la région Rhône-Alpes (57), près de 30% des médecins généralistes souhaitaient participer à un travail de recherche à titre d'investigateur.

Autre exemple, dans le travail de S.Nugues sur l'état de la recherche en 2004 (58), près de 88% des MG considéraient que la recherche en MG était utile, et 46% d'entre eux aimeraient y participer.

Il y a donc bien un potentiel de médecins investigateurs pour la recherche qu'il conviendrait d'attirer et de former.

5.3.5.2 Le profil des médecins généralistes chercheurs :

D'après une étude sur une population de médecins chercheurs en 2004 (58), la population était majoritairement masculine (ratio 3,33), bien que la profession se féminise, avec un âge moyen de 45 ans, et exerçant en libéral (81,5%) dont 16,9% de maîtres de stages et 9% d'enseignants généralistes.

Les hommes semblaient être plus nombreux à exploiter leur thèse que les femmes. Ils publiaient également plus fréquemment dans des revues que leurs consœurs.

Il est possible que les hommes songent plus souvent à une carrière hospitalo-universitaire et seraient donc plus motivés pour publier.

5.3.5.3 Les freins à la recherche en MG :

Une étude sur l'expérience de la recherche à Nancy (59), identifiait comme principaux obstacles à la recherche vécus par les médecins généralistes, le manque de temps (85%) et la gestion des données trop lourde (61%), par contre les principales motivations retenues étaient « d'améliorer la prise en charge du patient » (66%) et l'enrichissement intellectuel (62%) qu'il procure.

Ces obstacles sont particulièrement présents en MG, du fait de l'exercice libéral ambulatoire prédominant et d'une filière universitaire naissante.

Les médecins libéraux manquent de temps et les chercheurs doivent surmonter le défi de la triple mission universitaire (soin, enseignement, et recherche).

L'informatisation des cabinets, le développement des maisons et pôles de santé, et la disponibilité des financements permettraient de faciliter cette recherche.

Dans le travail sur les publications des thèses de Paris 7 (60), l'auteur identifiait des motifs de lenteur de la recherche :

- *La spécialisation récente de la MG :*

La MG est devenu spécialité en 2004 et son entrée dans le monde universitaire est récente.

- *Le sous-effectif des enseignants chercheurs :*

Cet état de fait est en partie expliqué par la récente universitarisation de la MG.

Il est possible d'estimer les ressources humaines disponibles pour la formation des étudiants par un rapport du nombre d'enseignants titulaires et non titulaires sur le nombre d'étudiants.

A Paris 7, par exemple, il est de 0,94.

- *Le manque de valorisation des thèses en MG :*

Les internes de MG sortant souvent du milieu hospitalo-universitaire après leur soutenance de thèse, la publication est moins valorisée dans la carrière d'un médecin généraliste en ville que pour un spécialiste universitaire.

- *Le manque de supports bibliographiques en MG :*

L'accès à la soumission d'article n'est donc pas favorisé avec ce manque qui est le reflet du déficit en publications dans cette discipline.

Par exemple, La revue Exercer, la Revue du Praticien Médecine Générale, et le Concours Médical sont des supports de publication privilégiés par les MG.

- *Les Résultats négatifs :*

Certaines thèses reposent sur des études dont les résultats sont négatifs, ou bien l'étude représente un travail préliminaire s'intégrant dans un futur projet de recherche et dans ces situations, il est difficile d'envisager la rédaction d'un article scientifique.

- *L'installation et l'éloignement :*

Parfois, après la soutenance, l'étudiant, pour qui la publication ne constitue pas un passage obligé, peut être amené à s'éloigner de sa faculté d'origine, ce qui peut décourager le travail de rédaction d'un article.

- *L'universitarisation des directeurs de thèse :*

Les directeurs de thèse universitaires sont plus enclins à aider les thésards à valoriser leur thèse par la rédaction d'un article.

Leur implication dans la publication du travail final est plus importante et leur permet de participer à la création de points SIGAPS pour l'établissement dans lequel ils travaillent.

- *Manque de moyens financiers :*

La rémunération des enseignants participant à des activités de recherche doivent être revalorisé.

5.3.5.4 Propositions d'amélioration de la recherche en MG :

5.3.5.4.1 Former la Jeunesse en amont de la thèse:

Pour développer une recherche ambitieuse, des chercheurs ont proposé un programme de formation spécifique à deux niveaux (41):

- *Le 1^{er} niveau : une formation minimum à tous les internes pour leur donner tous les outils à l'élaboration de leur thèse ou mémoire avec une méthodologie irréprochable.*

L'un des objectifs seraient d'aboutir au moins à une présentation orale lors d'un congrès ou à une publication dans une revue scientifique.

- *Le 2nd niveau : destiné aux internes souhaitant faire une carrière universitaire. Dès la 1^{ère} année du 3^{ème} cycle, il faudrait leur proposer une formation d'excellence à la recherche avec pour objectif final la publication de plusieurs travaux de recherche dans de bonnes revues à impact factor dans les 6 ans.*

5.3.5.4.2 Préparation des étudiants pour favoriser leur investissement :

- *Améliorer la formation méthodologique :*

Initier les étudiants le plus tôt possible à la lecture critique d'article, former les étudiants à la rédaction sous format Introduction Méthodes Résultats Discussion (IMRAD) et à la rédaction en anglais.

Valoriser les initiatives personnelles : inciter les étudiants, dès le début de l'internat, à réfléchir et proposer des sujets de thèse.

- *Valoriser la thèse et le travail de recherche :*

A l'aide d'un meilleur encadrement, et d'une meilleure formation à la recherche, envisager la rédaction des thèses sous forme d'article.

En renforçant la valeur scientifique du travail de thèse à l'aide de sujets de recherches proposés par les universitaires de la discipline, mais aussi par un travail en équipe afin de produire des travaux de grande envergure et par une collaboration avec les spécialistes.

Proposer aux étudiants de participer à des études prospectives ou à des protocoles de recherche.

Encourager et promouvoir les essais comparatifs interventionnels ou portant sur les procédures diagnostiques spécifiques à la médecine générale (39).

Diversifier les objets et les méthodes de recherche en s'inspirant, par exemple, du « research agenda » de l'EGPRN qui est une base solide pour construire des programmes de recherche spécifiques et utiles aux patients en soins primaires (45).

5.3.5.4.3 La logistique autour de la recherche :

- *Améliorer la coordination entre les DMG, les sociétés savantes et les équipes de recherche : en créant des pôles de recherche organisés au niveau interrégional et de réseaux ambulatoires de recherche.*
- *Adapter la filière universitaire spécifique à la MG à l'exercice libéral de la MG et la valoriser au même titre que les autres spécialités (DUMG, collège, titularisation), pool d'experts pour HAS, revaloriser la rémunération des enseignants.*
- *Encourager les praticiens hospitaliers à l'encadrement des travaux de recherche et à la rédaction d'articles scientifiques.*
- *Rechercher des financements pour la recherche :*

Le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS) géré par l'ARS, le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) financé par la direction de l'offre de soins, les Bourses, les Allocations de recherche, la collaboration avec d'autres équipes de chercheurs, par exemple, l'interface INSERM/MG, permettrait d'obtenir des financements.

- *Recenser les thèses faisant l'objet de nombreux prêts interuniversitaires qui traduisent l'intérêt pour ce sujet.*
- *Créer un groupe de soutien logistique institutionnel à la publication avec un soutien à l'écriture (support statistique et méthodologique), vérification des traductions en anglais (60)...*

L'allongement progressif, ces dernières années, de l'internat de médecine générale pourrait permettre d'accroître la place de la recherche dans la formation initiale des jeunes médecins.

Il faudrait réajuster la balance entre la clinique et la recherche pour permettre aux étudiants d'être mieux armés dans la réalisation de leur thèse, mais également, de façon plus large, dans leur exercice futur afin de préserver une pratique de qualité au sein d'une spécialité à part entière.

Par ailleurs, l'augmentation importante des effectifs universitaires de MG est indispensable pour faire face à la charge d'enseignement et développer des projets de recherche de grande envergure.

Mais de nombreuses questions restent en suspens.

- *Les étudiants qui s'engagent dans le troisième cycle de médecine générale souhaitent-ils contribuer au développement des connaissances en soins primaires ?*
- *Dans quelles mesures désirent-ils participer à la pérennité de la filière universitaire de médecine générale ?*

- *Combien de temps faudra-t-il pour que les dirigeants politiques donnent les moyens indispensables au développement de cette filière ?*
- *Combien de temps la minorité de médecins généralistes impliqués dans l'enseignement de la médecine générale patientera-t-elle avant de s'épuiser ?*

6 Conclusion

L'évolution démographique de la population des généralistes français est préoccupante pour les dix prochaines années. La pénurie prévisible de médecins de soins primaires impose que les universités se dotent d'outils permettant de « mettre sur le marché » des généralistes dans les délais les plus courts après leur inscription en première année de DES. La soutenance de la thèse est un passage obligé et son délai de réalisation est une contrainte incontournable dans cette perspective. Le raccourcissement des délais doit par ailleurs être contemporain d'une amélioration de la qualité scientifique des travaux de recherche en médecine générale.

Pour conjindre ces deux objectifs qui pourraient paraître contradictoires, le département de médecine générale de l'Université Paris Diderot s'est doté d'une commission des thèses en 2007, chargée de contrôler et d'améliorer la qualité des projets de thèse et leur faisabilité. Cette commission a développé des outils, notamment informatiques, permettant d'homogénéiser le dispositif de soumission des fiches de projet de thèse, et d'automatiser leur examen par les rapporteurs de la commission.

Nous avons voulu vérifier que la mise en place de la commission avait effectivement atteint ses objectifs, et avons examiné ses méthodes de travail.

Si l'objectif de 75% des internes soutenant leur thèse en moins de quatre ans est encore loin d'être atteint, nous avons montré que l'action de la commission jouait dans le bon sens, et réduisait progressivement les délais de réalisation de la thèse.

Simultanément, nous avons vérifié que les étudiants restaient fidèles au sujet et à la méthode prévue dans la fiche de projet de thèse qu'ils avaient soumise à la commission. Cette constatation permet de conclure que les fiches agréées par la commission des thèses sont des projets effectivement réalisables.

Nous n'avons pas pu évaluer, faute de point de comparaison, le niveau scientifique des thèses produites avant et après la mise en place de la commission, mais avons pu faire le point sur la nature des sujets abordés et des méthodes utilisées par les étudiants. Notre travail pourra servir de point de référence pour des études ultérieures.

L'analyse que nous avons menée des difficultés rencontrées par les étudiants au cours du processus de thèse nous a permis de formuler des propositions concrètes d'amélioration du dispositif. Doivent notamment être mis en place une banque de sujets de thèses, des listes de présidents et de directeurs avec possibilités de mise en contact facile avec les étudiants. La formation des directeurs de thèse est un point sensible qui doit être amélioré. Les enseignements à la méthodologie et les outils pratiques pour la réalisation de la thèse doivent être développés.

La mise en place de la commission des thèses du DMG Paris Diderot, assortie d'un outil informatique puissant, remplit donc globalement les objectifs qu'elle s'est fixée. Il reste à démontrer que le taux de publications scientifiques effectives issues des travaux de thèse augmente.

Le développement de la recherche en médecine générale est le fruit normal de la mise en place de la filière d'enseignement de cette discipline en France (le DES a été créé en 2005). Elle doit maintenant se hisser au niveau des pays les plus avancés dans ce domaine (Hollande, Royaume-Uni).

7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Redon M. Parcours de doctorants, parcours de combattants ? EchoGéo [Internet]. 24 sept 2008 [cité 16 mars 2013];(6). Disponible sur: <http://echogeo.revues.org/7523>.
2. Wonca Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe 2002 [Internet]. [cité 16 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
3. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
4. LOI n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. 2008-112 févr 8, 2008.
5. Falcoff, H. La recherche en médecine générale, une voie d'avenir. Site web de l'université Paris-Descartes-Faculté de médecine en ligne. [Internet]. [cité 24 mars 2013]. Disponible sur: <http://dpt-medecine-generale.medecine.univ-paris5.fr/spip.php?article57>
7. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
8. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
9. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. 6ème Ed. Paris : Editions scientifiques L& C ; 2010.
10. Catalogue SUDOC [Internet]. [cité 17 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/>
11. Lecouffe R. Vécu de l'interne de médecine générale de Lille par rapport à la réalisation de sa thèse. Thèse d'exercice de médecine. Lille ; 2012.
12. Aubert, J-P. Evaluation des projets de thèses de médecine générale. Formation Médicale 2011 – [Internet]. [cité 24 mars 2013]. Disponible sur: <http://ori-oai-search.univ-rennes1.fr/search/notice/view/oai%253Acanal-u.fr%253A247246?height=500&width=900>
13. De Pouvourville, G. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France: Propositions. Rapport remis à Monsieur le ministre de la santé et Monsieur le ministre attaché à la recherche; 2006.
14. Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en Médecine générale de la faculté de médecine Paris Descartes de janvier 2005 à décembre 2007. Thèse d'exercice de médecine. Paris Descartes; 2009.
15. Baufreton, C, Chrétien, J, Moreau-Cordier, F et al. La production scientifique issue de la formation initiale à la faculté de médecine d'Angers entre 2002 et 2008 : de bonne qualité mais insuffisante. *La Presse Médicale* - Vol 41- N°5, p 213-219-mai 2002.
16. Ovhed I; Van Royen P; Hakansson A. What is the future of primary care research? *Scandinavian journal of primary health care*, Vol. 23 (No.4): 248-253. 2005.
17. Benotmane, I, Glatz, N, Bihan, S et al. Publications des thèses d'exercice soutenues à la faculté de médecine de Lille - *La Presse Médicale*- Vol 41 - N° 7-8, p.397-403-juillet 2012.
18. Carpentier, M, Roue, J, Jaffrelot, M et al. Publication des thèses d'exercice à la faculté de médecine de Brest: état des lieux et pistes d'amélioration-*La Presse Médicale*- Vol. 41, n° 5, pp. 542-543. 2012.
19. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger - *PratProfessionnelles.pdf* [Internet]. [cité 29 août 2013]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PratProfessionnelles.pdf>
20. Salmon J. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Reims; 2009.
21. Les médecins au 1er janvier 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 16 mars 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10840.html>
22. Bourrel G, Hofliger P, Vanoni I. Diversité et richesses des thèses en médecine générale. *Exercer*. 2008; 19(81): 42-4.
23. Vartanian C. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté Xavier Bichat inscrit en TCEM1 de 1995 à 1998. Thèse d'exercice de médecine. Paris 7; 2003.

24. El Mornan S. La production des thèses dans la filière de médecine générale à la faculté de médecine de Créteil: une étude rétrospective sur 5 années universitaires de 2005 à 2010. Thèse d'exercice. Créteil; 2012.
25. Rousset A. Réalisation du travail de thèse en médecine générale à la faculté d'Angers: difficultés rencontrées et propositions d'améliorations. Enquête qualitative auprès de médecins thèses en 2010. Thèse d'exercice. Angers; 2012.
26. Hugé S, Bayat S. De l'exercice de la thèse à la thèse d'exercice. Poster pour le CNGE 2009, Disponible sur: <http://cnge2009.free.fr/postersproductio/index.html>
27. Petitprez B. Comment favoriser la publication des travaux de recherche des internes de médecine générale de Picardie? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès d'internes, jeunes remplaçants et maîtres de stage universitaires. Amiens; 2012.
28. Teisset Y. Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours. Thèse d'exercice. Tours; 2011.
29. Konieczny J. Echecs des projets de thèse en médecine générale. Thèse d'exercice. Saint-Etienne ; 2011.
30. Harriague J-B. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine. Thèse d'exercice. Bordeaux; 2010.
31. Nicolas M. La thèse de médecine générale: enquête d'opinion réalisée auprès des promotions 1993 et 1994 de thésards à la faculté de médecine de Grenoble. Thèse d'exercice. Grenoble; 1995.
32. Lecouffe R. Vécu de l'interne de médecine générale de Lille par rapport à la réalisation de sa thèse. Thèse d'exercice de médecine. Lille ; 2012.
33. Herand J. Guide pratique des études médicales du PCEM1 à la thèse. Paris Flammarion Médecine Science 1976; 220p.
34. Hergot S. La participation à un travail de recherche est-elle formatrice pour le médecin généraliste? Thèse d'exercice. Paris 7 ; 1996.
35. Hélix V. Qu'elle est aujourd'hui, en France, la formation à la recherche des thésards en médecine générale ? Thèse d'exercice. Poitiers; 2005.
36. Choutet M. Commission des thèses du Département de Médecine Générale de la faculté de Tours. Montpellier; 2002.
37. Balva H. Etude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009. Thèse d'exercice. Angers; 2010.
38. Tournebize C. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes de médecine générale à Lyon de janvier 2008 à décembre 2010. Thèse d'exercice. Lyon; 2012.
39. Rigaux S. Thèmes, objets et méthodes de recherche dans les Abstracts des présentations orales acceptées dans les congrès de Médecine Générale de 2007 à 2010: TOMATE - MG. Thèse d'exercice. Tours; 2013.
40. Pouchain D. Identité médecine générale. *Exercer*, 2012;104:195.
41. Pouchain D, Druais PL, Renard V, Huas D. Principes d'une politique de recherche au service de la discipline et (surtout) des patients. *Exercer*, 2008; 84: 130-4.
42. Nougariède P. Etude PubliThèse: Taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Diderot Paris 7. Thèse d'exercice. Paris 7; 2009.
43. Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en Médecine générale de la faculté de médecine Paris Descartes de janvier 2005 à décembre 2007. Thèse d'exercice de médecine. Paris Descartes; 2009.
44. Inesta S. Analyse des thèses soutenues par les résidents et internes de médecine générale de l'UFR de Rennes entre 2005 et 2008. Thèse d'exercice. Rennes I; 2009.
45. European general practice research network. Research agenda for general practice/family medicine. [cité 4 août 2013]. Disponible sur <http://egprn.org/index.php/collection>
46. Bourrel G, Hofliger P, Vanoni I. Diversité et richesses des thèses en médecine générale. *Exercer*. 2008; 19(81): 42-4.
47. Tracy CS, Dantas GC, Upshur REG. Evidence-based medicine in primary care: qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 9 mai 2003;4:6.
48. Shuval K, Harker K, Roudsari B, et al. Is Qualitative Research Second Class Science? A Quantitative Longitudinal Examination of Qualitative Research in Medical Journals. *PLoS one*. 24 févr 2011;6(2):e16937.

49. Morinais E. Audit des thèses de médecine générale soutenues en 2002 à Angers. Thèse d'exercice. Angers; 2004.
50. Prégent R. L'encadrement des travaux de mémoire et de thèse: conseils pédagogiques aux directeurs de thèse. *Presses internationales Polytechnique*, 2001 - 78 pages. ISBN 2553008619, 9782553008610.
51. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées - article200912.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2013]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13381/1/article200912.pdf>
52. Baufreton C, Chrétien J-M, Moreau-Cordier F, Moreau F, Portefaix H, Branchereau H, et al. [Assessment of scientific production after initial medical education at the Faculty of Medicine of Angers from 2002 to 2008]. *Presse Med.* mai 2012;41(5):e213-219.
53. Moreau F. Evaluation de la production scientifique issue des thèses de médecine soutenues à la faculté d 'Angers entre 2002 et 2008 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2010.
54. Glatz N. Analyse des publications issues des thèses pour le diplôme d'état de docteur en médecine soutenues à la faculté de médecine de Lille entre 2001 et 2007. Thèse d'exercice. Lille; 2011.
55. Ovhed I, van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care.* déc 2005;23(4):248-253.
56. Williams WO. A survey of doctorates by thesis among general practitioners in the British Isles from 1973 to 1988. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.* 1991;40(341):491-4.
57. Supper I ER, Bois C, Paumier F, et al. Comment les généralistes envisagent-ils de participer à la recherche dans leur spécialité ? Analyse et commentaire : Frappé P, Le Reste JY. *Exercer* 2011;95 (supp.1):56S-7S.
58. Nugues S. Etat de recherche en médecine générale. Thèse d'exercice. Paris 7; 2004.
59. Boff V. La recherche clinique en médecine générale en Lorraine: l'expérience du réseau praticiens chercheurs du CIC INSERM-CHU de Nancy : enquête auprès des médecins généralistes lorrains. Thèse d'exercice. Nancy 1; 2003.
60. Ebrard M. Publication dans la littérature scientifique des thèses d'exercice de médecine soutenues de 2003 à 2007 dans les facultés Paris 7 et Paris Ile de France Ouest. Thèse d'exercice. Paris 7; 2013.

La commission des thèses de Paris 7, depuis 2007, a pour mission de raccourcir les délais de réalisation des thèses et d'améliorer leur qualité. Le DMG souhaite amener 75% des étudiants à la soutenance au terme de quatre années après l'inscription en DES.

L'hypothèse principale de notre étude est que le travail de la commission a permis de diminuer les délais nécessaires à l'obtention de la thèse. Cinq axes de travail ont été explorés.

Matériels et Méthodes :

Sur le 1er axe (analyse des délais moyens de production des thèses), nous avons mesuré les délais moyens de dépôt du premier projet de thèse, les délais de son agrément, et les délais de soutenance après l'agrément. Notre critère d'évaluation principal était le délai PID-ST, étudié par courbes actuarielles de Kaplan-Meyer, ainsi que le taux d'étudiants ayant soutenu leur thèse quatre ans après le début de leur DES et son évolution. Sur le 2nd axe (fonctionnement interne de la commission), nous avons étudié l'évolution du taux d'agrément global des projets de thèse, du taux d'agrément au premier passage, et du taux de refus. Les trois autres axes analysaient les accidents de parcours de thèse, la cohérence fiche-thèse, les thèmes de thèse et les méthodes utilisées.

Résultats :

L'analyse du délai Première inscription en DES-Soutenance de la thèse montre une réduction globale liée à la mise en place de la commission. Le délai de soutenance est plus court avec les promotions récentes.

L'objectif d'un taux de soutenance de 75% quatre ans après l'inscription en DES n'est pas encore atteint. Sur l'axe 2, l'analyse du taux d'agrément d'emblée retrouve une augmentation régulière depuis l'année 2009, témoin probable d'une augmentation de qualité des projets.

Conclusion :

La commission des thèses de Paris Diderot permet une réduction des délais de production de la thèse.

Mots clés :

Etude de médecine, Commission des thèses, Thèses de médecine générale, Département de médecine générale, Publications.

The theses committee of Paris 7 has the goal to shorten the realization time of the theses and improve their quality. The DMG wishes to bring 75% of the students to their thesis presentation four years after their entry in DES.

The main hypothesis of our study consists in affirming that the committee's work contributed to reduce the required time to obtain a thesis. Five axis of work have been explored.

Materials and methods:

On the first axis (analysis of the average time to produce a thesis), we have measured the average time of the first thesis project submission, the time for its approval, and the time of the thesis presentation after this approval. Our main evaluation reference was the PID-ST time, studied with the Kaplan-Meyer curves, and also the rate of the students who have presented their thesis four years after the beginning of their DES, and its evolution. On the second axis (internal working of the committee), we have studied the evolution of the global approval rate of the theses projects, the approval rate in the first check, and the refusal rate. The three other axes analysed the incidents during the thesis working, the consistency between the thesis and its description sheet, the themes of thesis and the used methods.

Results:

The analysis of the time between the first registration in DES and the presentation of the thesis shows a global reduction linked to the establishment of the committee. The time to access to the presentation of the thesis is shorter than in the others promotion.

The goal of having a rate of 75% four years after the inscription in DES is still not reached. In the axis 2, the analysis of the approval rate shows a regular augmentation since 2009, that confirms a possible amelioration of the thesis projects' quality.

Conclusion:

The theses committee of Paris Diderot contributes to reduce the thesis production times.

AXE 3 : QUESTIONNAIRE DES ETUDIANTS ACCIDENTES :

1/Quel a été votre parcours dans le travail de la thèse ?

Pourquoi avez-vous mis du temps à soutenir (à déposer votre fiche) ?

2/Comment avez-vous trouvé votre sujet de thèse ?

Avez-vous eu des difficultés ?

Lesquelles ?

3/Qui est votre directeur de thèse ?

Comment l'avez-vous trouvé ?

4/Avez-vous bien été informée sur la nécessité de commencer le travail de thèse assez tôt ?

5/Que faites vous actuellement ?

Quel a été votre parcours après le DES ?

6/Quels reproches ferez-vous au sujet du travail de de la commission et du DMG ?

AXE 4 : Grille de cohérence fiche-thèse :

Grille de cohérence constituée de critères mineurs et de critères majeurs :

<u>CRITERES MINEURS :</u>
<i>changement de nombre de sujets de l'échantillon.</i>
<i>changement cohérent du lieu d'étude.</i>
<i>changement cohérent de la durée ou de la date d'étude.</i>
<i>modification d'un critère d'évaluation de l'étude.</i>
<i>ajout d'un objectif non présent sur la fiche.</i>
<i>fiche succincte, peu détaillée : objectifs et méthode</i>

<u>CRITERES MAJEURS :</u>
<i>si > 2 critères mineurs.</i>
<i>changement du type d'étude ou de la méthodologie.</i>
<i>ajout d'une autre étude ou d'une autre méthode.</i>
<i>modification des objectifs ou abandon d'un objectif</i>
<i>ajout d'un objectif non présent sur la fiche.</i>
<i>changement incohérent du lieu d'étude, de la durée d'étude, de l'échantillon.</i>

Axe 4 : Grille de calcul :

Cotation de la cohérence fiche/thèse :

<u>0</u> = aucun changement.
<u>1</u> = 1 critère mineur changé.
<u>2</u> = 2 critères mineurs changés.
<u>3</u> = >3 critères mineurs changés <u>et/ou</u> changement d'un critère majeur <u>et/ou</u> fiche peu détaillé.
<u>4</u> = >2 critères majeurs changés.

Mode de calcul :

<u>Taux de cohérence</u>	<u>cotation</u>
-cohérence totale	0
-cohérence relative	1-2
-Incohérence	3-4

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université Paris-Diderot-Paris 7

Le Professeur

Date

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

Vu et permis d'imprimer

Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7

et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

