



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Ingrid CHIARO**

le 29 janvier 2016

**Étude STAN-MG : claSsification des Thèses soutenues À  
Nancy en Médecine Générale entre 2004 et 2014**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur J.M. BOIVIN  
Mr le Professeur M. BRAUN  
Mme le Docteur E. STEYER  
Mme le Docteur V. MAUFFREY  
Mr le Docteur J.M. MARTY

Président  
Juge  
Juge  
Juge et directrice  
Juge



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE  
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :  
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :  
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**

**Premier cycle :** Dr Guillaume GAUCHOTTE

**Deuxième cycle :** Pr Marie-Reine LOSSER

**Troisième cycle :** Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques :* Pr Bruno CHENUUEL

*Formation à la recherche :* Dr Nelly AGRINIER

*Animation de la recherche clinique :* Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures :* Dr Frédérique CLAUDOT

*Vie Facultaire et SIDES :* Dr Laure JOLY

*Relations Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER

*Etudiant :* M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie :* Dr Guillaume GAUCHOTTE

*Commission de prospective facultaire :* Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

*Universitarisation des professions paramédicales :* Pr Annick BARBAUD

*Orthophonie :* Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

*PACES :* Dr Chantal KOHLER

*Plan Campus :* Pr Bruno LEHEUP

*International :* Pr Jacques HUBERT

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT -

François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de

LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER  
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET  
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES  
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS  
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN  
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL  
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND  
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON  
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT  
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE  
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ  
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE  
Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL  
Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

### **43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)**

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et Mycologie)**

Professeure Marie MACHOUART

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

## **50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

## **51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

## **52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

## **53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

## **54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

## **55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)**

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Ophthalmologie*)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

### **61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

### **64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur Jean-Marc BOIVIN

## **PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

## **MÂÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

### **43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)**

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))**

Docteure Anne DEBOURGOGNE (sciences)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)**

Docteure Sandrine HENARD

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

Docteure Nelly AGRINIER

**2<sup>ème</sup> sous-section (Médecine et Santé au Travail)**

Docteure Isabelle THAON

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))**

Docteur Aurore PERROT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteure Lina BOLOTINE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)**

Docteur Antoine KIMMOUN (stagiaire)

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)**

Docteur Nicolas GIRERD (stagiaire)

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteure Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)**

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Docteur Stéphane ZUILY

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**



**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Docteure Laure JOLY

**55<sup>ème</sup> Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)**

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**

Monsieur Vincent LHUILLIER

**19<sup>ème</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Joëlle KIVITS

**60<sup>ème</sup> Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**

Monsieur Alain DURAND

**61<sup>ème</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65<sup>ème</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

**66<sup>ème</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

=====

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de*  
*Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS  
(1996)  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,

**Monsieur le Professeur J. M. BOIVIN**

*Professeur des Universités de Médecine Générale  
Directeur du Département de Médecine Générale de Nancy*

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et votre relecture attentive. Soyez assuré de notre entière reconnaissance et de notre plus profond respect.

A notre Maître et Juge

**Monsieur le Professeur M. BRAUN,**

*Professeur des Universités d'Anatomie  
Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy*

Nous sommes honorés de votre présence parmi les membres de ce jury et nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance sincère.

A notre Maître et Juge,

**Madame le Docteur E. STEYER**

*Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale  
Spécialiste en Médecine Générale*

Nous nous faisons l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez agréer l'expression de notre respectueuse considération et de notre profond respect pour la qualité de vos enseignements.

A notre Juge et Directrice de thèse,

**Madame le Docteur V. MAUFFREY**

*Ancienne cheffe de clinique du Département de Médecine Générale, Enseignante Universitaire,  
Faculté de Médecine de Nancy  
Spécialiste en Médecine Générale*

Vous êtes à l'origine de ce projet et nous vous sommes profondément reconnaissants de nous l'avoir proposé. Nous vous remercions pour la confiance que vous avez bien voulu nous accorder. Pour votre enthousiasme, vos conseils avisés et votre disponibilité, recevez ici l'expression de notre sincère gratitude et respect.

A notre Juge,

**Monsieur le Docteur J.M. MARTY**

*Spécialiste en Médecine Générale*

Vous nous avez chaleureusement accueillie dans votre cabinet et votre expérience et vos connaissances m'ont fait apprécier le stage passé à vos côtés. La qualité de votre enseignement théorique et pratique nous a permis de modifier notre regard sur notre métier. Vous transmettez à vos étudiants votre passion pour la médecine générale. Recevez ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A mes maîtres de stage de médecine générale,

**Mesdames les Docteurs H. GARDE-MARTY, C. LEFEBVRE, M. F. BAUDOIN et Monsieur le Docteur J.M. BIEVELEZ**

Nous vous remercions de nous avoir confié vos patients et d'avoir pris le temps de nous transmettre vos connaissances. Soyez assurés de toute notre reconnaissance pour vos qualités tant sur le plan scientifique qu'humain.

Aux médecins hospitaliers et aux équipes paramédicales,

Vous nous avez toujours reçue avec bienveillance et nous avons profité d'un apprentissage de qualité à vos côtés. Nous remercions particulièrement toute l'équipe de l'Unité Post Urgence Polyvalente du CHU de Nancy pour son accueil chaleureux, son dynamisme et sa bonne humeur communicative.

Aux patients,

Merci de nous avoir accordé votre confiance, vous avez contribué à épanouir notre amour de la médecine générale.



A mes parents,

Pour votre amour et les valeurs que vous m'avez transmises. Vous avez fait preuve de tant de courage en partant, un jour, de votre pays natal. Je sais que vous avez fait face à de nombreuses épreuves mais vous avez toujours privilégié le bonheur de vos enfants. Vous nous avez soutenus dans chacun de nos projets et avez été présent, pour moi, durant ces longues années d'étude. Ce travail est avant tout pour vous. Je vous aime et suis fière d'être votre fille.

A mes frère et sœurs, Marie, Dominique et Viviane,

Malgré la distance et les obligations de chacun, je sais que nous serons toujours là, les uns pour les autres. Merci d'avoir toujours été bienveillants envers votre petite sœur. A Hugo, Victoria et Sandro ma joie, mes amours.

A mon fiancé, Frédéric,

Tu as été mon pilier depuis le début de cette aventure. Tu m'as supportée lors des périodes de révision, tu m'as encouragée lors des examens et tu m'as grandement aidée à la réalisation de ce travail (et du mémoire aussi !). Tu m'as vue m'accomplir en tant que femme, et bientôt en tant qu'épouse. Je sais que le meilleur reste encore à venir. Merci d'être toi.

A mes grands-parents,

Je n'ai pas eu la chance de tous vous connaître mais j'espère que vous êtes fiers de moi depuis là haut.

A mes amies,

Fanny et Sophie, mes fidèles amies, mes consœurs. Qu'aurais-je fais sans vous ? Je repense à nos coups de fils remotivant quand l'enthousiasme n'était plus au rendez-vous, à nos longues heures de révision, à nos éclats de rire et nos petites excursions nocturnes juste pour décompresser. Cette décennie écoulée n'aurait pas eu la même saveur sans vous. Pour tous ces moments de complicité et les autres à venir, merci.

Caroline, ma best depuis nos 11 ans...Ce lien invisible qui nous relie n'est pas prêt de se rompre et il t'a conduite à nouveau en Lorraine. Je garde en mémoire tous les moments partagés dans notre enfance. Notre amitié est une évidence et un bien précieux. Je suis heureuse de savoir que l'on pourra compter encore longtemps l'une sur l'autre.

A ma bordelaise globe trotteuse Anne-So, nos fous rires resteront mémorables !

Aux deux jolies rencontres du service de pneumologie : Anaïs et Morgane. Je suis toujours ravie de passer du temps avec vous !

Aux co-internes avec qui j'ai eu la chance de travailler. Merci d'avoir égayé mes semestres !

## SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

# SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	p 19
Introduction.....	p 20
Objectifs.....	p 22
Matériel et méthodes.....	p 23
Résultats.....	p 28
Discussion.....	p 38
Conclusion.....	p 45
Bibliographie.....	p 46
Annexes.....	p 49

## LISTE DES ABBREVIATIONS

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CIC-P : Centre d'Investigation Clinique-Plurithématique

CIC-EC : Centre d'Investigation Clinique-Epidémiologie Clinique

CISMEF: Catalogue et Index des Sites médicaux de langue Française

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisée

DMG: Département de Médecine Générale

FAYR GP: French Association of Young Researchers in General Practice

HETOP: The Health Terminology/Ontology Portal

IMRAD: Introduction, Méthodes, Résultats And Discussion

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MESH : Medical Subject Headings

MG: Médecin Généraliste

MS: Médecin Spécialiste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PETALE : Publication et Travaux Académiques de Lorraine

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## 1. INTRODUCTION

La loi de modernisation sociale de 2002 a permis la reconnaissance de la spécialité Médecine Générale et la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) par l'arrêté du 22 septembre 2004. Comme toute discipline Universitaire, la médecine générale a dû développer un enseignement et une recherche qui lui sont propres, axés sur les soins primaires ambulatoires (1).

Le développement d'une recherche scientifique en soins primaires est indispensable (2-6). Les retombées attendues de cette recherche spécifique sont les suivantes :

- approfondir le corpus de connaissances de la discipline (épidémiologie, analyse, évaluation des pratiques), fondement d'un contenu d'enseignement homogène et argumenté,
- restituer ce savoir par rapport à celui des autres spécialités médicales ou paramédicales,
- valider des démarches diagnostiques et des stratégies thérapeutiques ajustées aux soins primaires pour construire un référentiel de pratique spécialisé,
- définir des indicateurs fiables de santé permettant des choix de santé publique adaptés aux besoins de la population.

Cependant, le nombre insuffisant de chercheurs en soins primaires, la culture de la recherche encore relativement peu développée dans les études médicales et parmi les médecins libéraux, la formation insuffisante des praticiens et le manque de fonds consacrés à la recherche sont des facteurs limitants (7, 8).

Parmi les organismes de recherche en soins primaires, on peut distinguer (9) :

- les départements universitaires de médecine générale,
- les laboratoires ou structures d'accueil de projet de recherche en soins primaires (Inserm, CIC-P, CIC-EC),
- les Sociétés Savantes (regroupées au sein du Collège de la Médecine Générale),
- les réseaux de recherche ou de veille sanitaire.

La réalisation de travaux académiques permet la reconnaissance universitaire du jeune médecin par ses pairs. Les départements universitaires de médecine générale mobilisent leurs étudiants de troisième cycle et utilisent la rédaction de la thèse d'exercice comme l'un des supports de production de connaissance scientifique en soins primaires. La thèse est obligatoire pour obtenir le grade de Docteur en médecine et est exigée par l'Ordre des Médecins pour s'installer. La thèse permet de conclure le cursus de l'étudiant, de valider la spécialité avec la rédaction du mémoire et de permettre son inscription à l'Ordre, mais peut représenter l'occasion de produire de la connaissance scientifique en médecine générale (10, 11). Les thèses sont encadrées par les enseignants-chercheurs de la discipline.

En France, la formation à la recherche se fait au cours du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle (12). Depuis quelques années à Nancy, plusieurs types d'aides sont proposées aux étudiants du DES de médecine générale: des formations à la recherche bibliographique (ateliers Pub Med© et Zotero©), un séminaire de DES intitulé «thèse et recherche, bibliographie et sources d'information» ainsi que des ateliers méthodologiques thèse-mémoire animés par les chefs de clinique universitaires de médecine générale. Enfin, les projets de mémoire et de thèse/mémoire sont présentés à un Conseil Scientifique. Cette présentation obligatoire a pour but de guider le travail de l'interne. Ce dernier

doit rédiger, avec l'aide de son directeur, un synopsis détaillé de son projet et le présenter au Conseil scientifique du DMG. Le coordonnateur est chargé de la validation méthodologique du projet.

Les travaux académiques produits par les internes restent très hétérogènes (13, 14) malgré une volonté permanente d'amélioration de leur qualité scientifique.

A Nancy, une centaine d'internes de médecine générale soutiennent chaque année leur thèse. Jusque là, aucun travail n'a permis d'avoir une vue d'ensemble de ces thèses. A quels problèmes de santé s'intéressent-elles ? Qui les encadrent ? Quelles méthodologies sont utilisées pour réaliser ces travaux ? Quelle est leur évolution depuis la création du DES de médecine générale?

Notre projet était de réaliser une cartographie des travaux soutenus précisant les caractéristiques des thèses soutenues par les internes de médecine générale durant les dix dernières années, d'observer leurs modes d'appréhension du champ de la discipline et leurs méthodes de recherche et d'apprécier l'évolution de la qualité des travaux académiques de médecine générale entre 2004 et 2014.

## 2. OBJECTIFS

### 2.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était d'identifier et de classer par thématiques les thèses soutenues par les internes du DES de médecine générale à l'université de Lorraine du 22 septembre 2004 au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

### 2.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de décrire des critères de qualité des thèses vis-à-vis de la recherche en médecine générale.

**La retombée de ce travail était en outre la création d'une base de donnée indexée numérique et évolutive permettant une vue d'ensemble des thèses de médecine générale et une synthèse de leurs caractéristiques. Cette base pourra être ensuite consultée par tous les internes.**

### 3. MATERIEL ET METHODES

#### 3.1. Type d'étude

Enquête épidémiologique rétrospective descriptive.

#### 3.2. Population étudiée

##### 3.2.1. Population cible

Thèses d'exercice soutenues dans le cadre du DES de médecine générale de la Faculté de Médecine de l'Université de Lorraine entre le 22 septembre 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

##### 3.2.2. Critère de non inclusion

Thèses soutenues avant le 22 septembre 2004 ou après le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

##### 3.2.3. Taille de l'échantillon

Nous avons prévu de consulter la totalité des 809 thèses soumises, répondant aux critères d'inclusion durant la période déterminée afin de faire une collecte de donnée exhaustive.

#### 3.3. Période de l'étude

L'étude a recensé les thèses soutenues du 22 septembre 2004, date de la création du DES de médecine générale, au 1<sup>er</sup> janvier 2014 soit 9 ans et 3 mois après la création de la spécialité.

#### 3.4. Liste des thèses et résumés

Le registre des thèses de médecine générale a été fourni par le secrétariat du département de médecine générale sur lequel figurent le nom du thésard, le titre du travail et les mots clés choisis par les thésards.

En outre, deux catalogues disponibles en ligne répertorient les thèses de médecine : celui du SUDOC (catalogue du Système Universitaire de documentation) (15) qui référence toutes les thèses soumises sans spécification de la spécialité de l'interne, donnant accès au titre de la thèse ainsi qu'aux noms de l'auteur et du directeur de thèse, et la base de donnée PETALE (Publications et travaux académiques de Lorraine) (16) qui donne accès aux travaux académiques de l'Université de Lorraine dans leur intégralité.

Les données retenues pour l'analyse des travaux de thèse étaient :

- le titre de la thèse
- l'année de soutenance
- le nom, prénom et genre du thésard
- le nom, prénom et la spécialité du directeur de thèse
- le résumé de la thèse
- les mots clés de la thèse



La spécialité du directeur de thèse a été obtenue en consultant le site de l'Ordre National des Médecins (17). Les médecins militaires n'étaient pas recensés dans cet annuaire.

### 3.5. Elaboration d'une grille d'analyse (Annexe 1)

La grille a été élaborée à partir des données de la littérature. La grille d'analyse de référence a été créée par M. CHEVALIER (18) qui a analysé les thèses d'internes de médecine générale de Paris. Nous avons enrichi cette grille par une synthèse des grilles d'analyse utilisées dans des études similaires (19-23). Nous avons ensuite inclus des critères d'analyse issus des recommandations de la WONCA pour la recherche en médecine générale (1) ainsi que la Classification Internationale des Soins Primaires (24) afin de définir le problème de santé étudié. Enfin, nous nous sommes appuyés sur des ouvrages de sociologie en médecine générale et sur un travail de la FAYR-GP (l'Association française des jeunes chercheurs en médecine générale) pour déterminer le domaine de recherche abordé ainsi que l'approche méthodologique (9, 25-27).

La grille d'analyse contenait cinq parties :

- les informations administratives,
- les critères de qualité des thèses vis-à-vis de la recherche en médecine générale,
- l'analyse thématique,
- l'approche méthodologique,
- l'indexation des mots clés.

#### 3.5.1. Informations administratives

- titre de la thèse
- année de soutenance
- genre du thésard
- âge du thésard lors de la soutenance
- nom et prénom du directeur de thèse
- spécialité du directeur de thèse
- numéro attribué à la thèse

#### 3.5.2. Recherche dans le champ des soins primaires avec critères de qualité adaptés

Nous avons analysé les thèses à partir de leur résumé. Si les renseignements n'étaient pas disponibles, nous les avons recherchés dans le corps du texte soit en y accédant via internet, soit en les empruntant à la bibliothèque de médecine.

Les critères de qualité choisis étaient :

- existence d'une question de recherche clairement formulée,
- résumé informatif c'est-à-dire rédigé sous la forme IMRAD,
- méthodologie identifiable et appropriée à la question de recherche,
- environnement situé dans le champ des soins primaires ambulatoires,

- sujet traitant des caractéristiques et des compétences spécifiques de la médecine générale (définis par la WONCA en 2002 (1)).

### 3.5.3. Analyse thématique

#### 3.5.3.1. Domaine de recherche

Les domaines internationaux de recherche en médecine générale ont été définis en 2002 par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) (1). Nous nous sommes basés sur ces références pour établir la liste des différents domaines de recherche :

- problème clinique,
- recherche sur les parcours et offres de soins,
- domaine de santé publique,
- évaluation et amélioration des pratiques,
- sciences humaines en médecine.

#### 3.5.3.2. Problème de santé concerné

Pour définir le problème de santé étudié dans la thèse, nous avons utilisé la Classification Internationale de Soins Primaires (CISP) (24). La CISP permet une classification consensuelle et exhaustive des problèmes de santé.

Exemples : Procédures (examen médical/bilan de sante, vaccination, trace électrique), Général et non spécifié (douleur, fièvre, facteur de risque), Système digestif, Cardio-vasculaire, Ostéo-articulaire, Respiratoire.

### 3.5.4. Approche méthodologique

Il n'existe pas de classification consensuelle des approches méthodologiques. Nous nous sommes basés ici principalement sur un ouvrage collégial de la FAYR-GP (9, 28).

Les catégories retenues étaient :

- étude quantitative,
- étude qualitative,
- étude médico-économique (coût efficacité, coût bénéfice, coût utilité, minimisation des coûts),
- étude de recherche secondaire (méta-analyse, revue de la littérature, synthèse en recherche qualitative),
- étude d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques,
- évaluation de la qualité des soins (audit clinique, enquête de pratique),
- étude historique,
- autre (cas cliniques).

Les études quantitatives ont été classées par type d'étude (descriptif, analytique ou interventionnel) et nous avons inventorié les différentes méthodes de recueil des données.

Les études qualitatives ont été classées par la méthode de recueil de données (entretiens individuels, focus group et méthodes par observation).

Nous avons également recensé :

- l'environnement de l'étude
- la population étudiée
- la catégorie d'âge concernée, selon les critères OMS (29, 30): les enfants (0-10 ans), les adolescents (11-19 ans), les adultes (20-64 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus).

### 3.5.5. Indexation des mots clés

Les mots clés des thèses ont été recueillis d'après le registre des thèses fourni par le secrétariat du département de médecine générale de Nancy. Nous avons procédé à leur classement à partir du MeSH via le site HeTop (Health Terminology-Ontology Portal) proposé par le CisMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) (31). Chaque mot clé a été introduit dans la base de recherche du CisMef puis traduit en mot clé indexé selon le MeSH.

### 3.6. Définition des périodes

Nous avons choisi de déterminer arbitrairement trois périodes pour permettre l'analyse de nos résultats. Les trois périodes comprenaient un nombre de thèses comparable. La première période (P1) englobait les années 2004 à 2007 comptait 275 thèses. Elle correspondait aux trois années qui avaient immédiatement suivis la création du DES de médecine générale. La seconde période (P2), intermédiaire, allait de 2008 à 2010. Elle comptait 230 thèses. Enfin, la dernière période (P3) s'étendait de 2011 à 2014 et dénombrait 289 thèses. Ces trois périodes ont été choisies pour déterminer l'impact de « l'universitarisation » de la médecine générale depuis la création du DES sur les travaux académiques.

### 3.7. Recueil des données

Nous avons rassemblé l'ensemble des données issues de l'analyse des thèses dans une base de données conçue pour notre étude via le logiciel Microsoft Office Access 2007® de façon à permettre une vue d'ensemble des thèses de médecine générale.

Chaque objet contenu dans la base était décrit dans un formulaire. Un formulaire «Thèse» regroupe les caractéristiques d'une thèse. Les données entrées dans chaque formulaire étaient automatiquement regroupées dans une table synthétisant toutes les informations.

La base de données ainsi constituée est interactive : la saisie est facilitée par des listes de pré-choix (par exemple pour le problème de santé abordé dans la thèse). Les données peuvent être extraites par recherche simple d'un mot dans la base, ou par des requêtes permettant l'exploitation quantitative des résultats. Les formulaires et les requêtes sont multiples. Il est possible, par exemple, rechercher le nombre de thèse ayant pour mots clés les termes « médecine générale ».

## Grille de lecture des thèses de 2004 à 2014

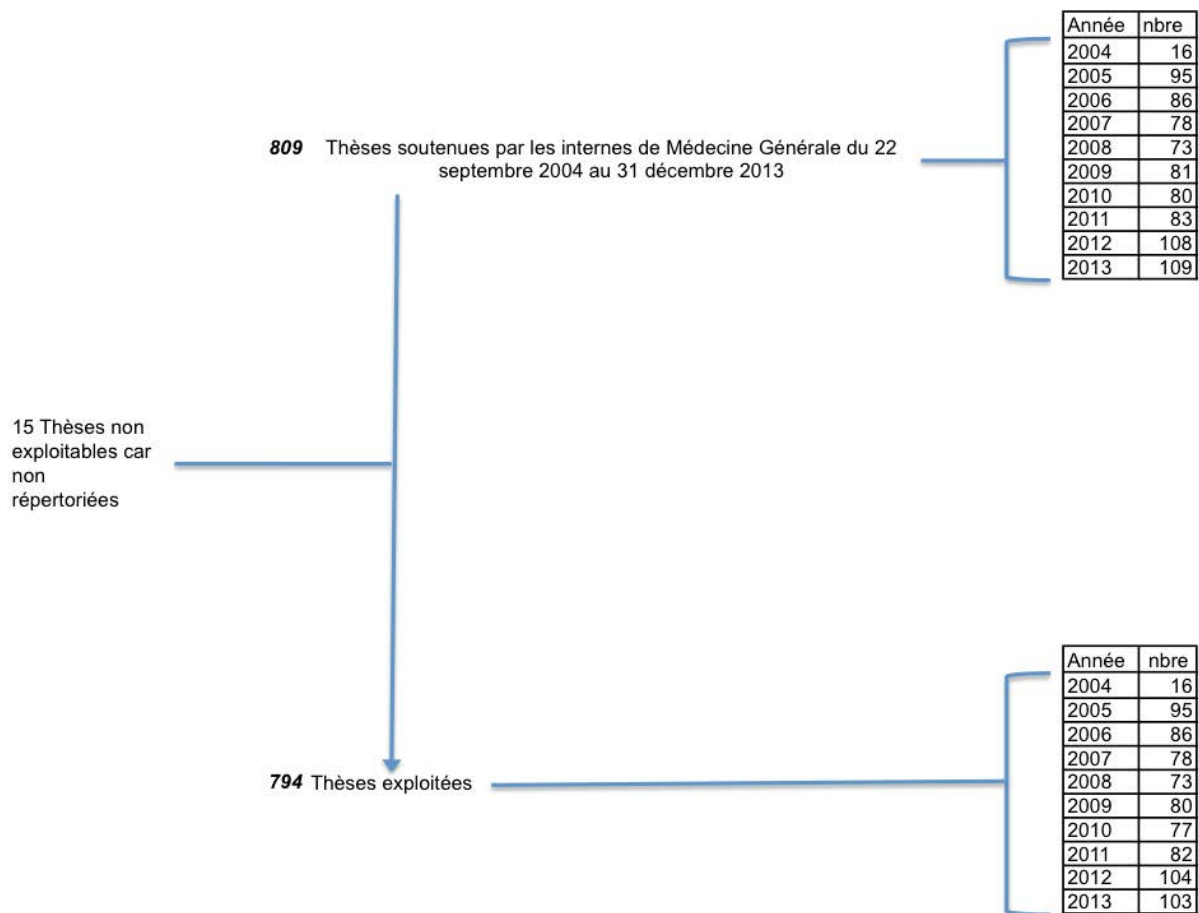
A_1 N° de thèse	A_2 Année de soutenance	A_3 Titre de la thèse	
759	2012	Etude anatomique et échographique des vaisseaux satellites des veines perforantes de la face médiale de la jambe : les artères perforantes	
A_4 Noms, Prénoms du thésard		A_8 Spécialité du directeur de thèse	
ZERROUK Sammi Nouar		Médecine générale	
A_5 Sexe du thésard	A_6 Âge du thésard lors de la soutenance	Si non Médecine générale, choisir la spécialité suivant liste	
M	27		
A_7 Noms, Prénoms du directeur de thèse		B_3 Le travail est-il pertinent pour la recherche en MG ?	
DRIAD Amine		Non	
B_1 Existe-il une question de recherche ?		B_2 Le résumé est-il informatif ?	
Oui		Oui	
C_1a Problème clinique		C_1b Parcours et offres de soins	
a_Problèmes cliniques aigus			
C_1d Evaluation et améliorations des pratiques		C_1e Sciences humaines	
C_3 Catégorie d'âge concernée		C_4 Population étudiée	
c_Adulte		c_Personnes malades	
D_Approche méthodologique		D_1 Si approche quantitative	
a_Etude quantitative		Oui	
D_1a Type		D_1b Restrospective, prospective, transversale ?	
a_Descriptive		b_Prospective	
D_2 Si approche qualitative		D_2a Méthode	
Non			
E_Mots clés indexés selon MeSH			
artères, sclérose, vascularisation			

## 4. RESULTATS

### 4.1. Données globales de l'étude

Au total, 809 thèses ont été soutenues par les internes de médecine générale du 22 septembre 2004 au 1<sup>er</sup> janvier 2014. 15 thèses n'ont pas été répertoriées et n'ont pu être retrouvées et au final, 794 thèses ont été retenues dans l'étude.

Figure 1. Données globales de l'étude



### 4.2. Profil des thésards

La majorité des thésards étaient de sexe féminin quelle que soit la période étudiée : 52% de femmes (n=143) pour la période 2004-2007, 58.26% pour la période 2008-2010 et 62.98% pour la période 2011-2014.

L'âge moyen des thésards était de 30.7 ans et était similaire au cours des 3 périodes étudiées.

### 4.3. Analyse thématique

#### 4.3.1. Domaine de recherche abordé

Il existait une tendance à la diminution du nombre de thèses concernant un problème clinique et une augmentation des thèses abordant les sciences humaines. Cela était significativement plus important durant la période 2011-2014 (28.7% ; n=83) que durant la période 2004-2007.

Tableau I. Domaine de recherche abordé

	P1 (2004-2007)		P2 (2008-2010)		P3 (2011-2014)		TOTAL		p-value
	n=275	(%)	n=230	(%)	n=289	(%)	n=794	(%)	>0.05
<b>Problème clinique</b>	<b>106</b>	<b>38,55%</b>	<b>73</b>	<b>31,74%</b>	<b>62</b>	<b>21,45%</b>	<b>241</b>	<b>30,35%</b>	
a. Problèmes cliniques aigus	42	15,27%	28	12,17%	19	6,57%	89	11,21%	
b. Maladies chroniques	20	7,27%	7	3,04%	12	4,15%	39	4,91%	
c. Stratégies diagnostiques	19	6,91%	9	3,91%	12	4,15%	40	5,04%	
d. Stratégies thérapeutiques	22	8,00%	25	10,87%	17	5,88%	64	8,06%	
e. Evaluation pronostique	3	1,09%	4	1,74%	2	0,69%	9	1,13%	
<b>Parcours et offres de soins</b>	<b>24</b>	<b>8,73%</b>	<b>21</b>	<b>9,13%</b>	<b>23</b>	<b>7,96%</b>	<b>68</b>	<b>8,56%</b>	
a. Rôle passerelle MG	0	0,00%	0	0,00%	5	1,73%	5	0,63%	
b. Comm. entre MG & MS d'organes	0	0,00%	2	0,87%	3	1,04%	5	0,63%	
c. Réseaux de soins	6	2,18%	3	1,30%	2	0,69%	11	1,39%	
d. Prise en charge pluridisciplinaire	7	2,55%	5	2,17%	7	2,42%	19	2,39%	
e. Efficience et rationalisation des soins	3	1,09%	5	2,17%	0	0,00%	8	1,01%	
f. Alternatives à l'hospitalisation	4	1,45%	4	1,74%	3	1,04%	11	1,39%	
g. Maisons de santé	1	0,36%	0	0,00%	2	0,69%	3	0,38%	
h. Démographie des professions de santé	3	1,09%	2	0,87%	1	0,35%	6	0,76%	
<b>Santé publique</b>	<b>49</b>	<b>17,82%</b>	<b>49</b>	<b>21,30%</b>	<b>65</b>	<b>22,49%</b>	<b>163</b>	<b>20,53%</b>	
a. Economie	3	1,09%	0	0,00%	3	1,04%	6	0,76%	
b. Politique de santé	2	0,73%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,25%	
c. Bases de données médicales	3	1,09%	2	0,87%	1	0,35%	6	0,76%	
d. Mesure de l'état de santé et indicateurs	0	0,00%	2	0,87%	2	0,69%	4	0,50%	
e. Constat des besoins de service de santé	13	4,73%	12	5,22%	4	1,38%	29	3,65%	
f. Promotion et éducation à la santé	12	4,36%	11	4,78%	26	9,00%	49	6,17%	
g. Dépistage, prévention des maladies	14	5,09%	16	6,96%	24	8,30%	54	6,80%	
h. Environnement, risques sanitaires	1	0,36%	2	0,87%	3	1,04%	6	0,76%	
i. Epidémiologie	1	0,36%	4	1,74%	2	0,69%	7	0,88%	
<b>Evaluation et améliorations des pratiques</b>	<b>46</b>	<b>16,73%</b>	<b>47</b>	<b>20,43%</b>	<b>57</b>	<b>19,72%</b>	<b>150</b>	<b>18,89%</b>	
a. Développement de recommandations	8	2,91%	1	0,43%	4	1,38%	13	1,64%	
b. Evaluation des recommandations	8	2,91%	8	3,48%	13	4,50%	29	3,65%	
c. Standards de qualité des soins	7	2,55%	9	3,91%	11	3,81%	27	3,40%	
d. Formation médicale continue	1	0,36%	4	1,74%	3	1,04%	8	1,01%	
e. Audit	10	3,64%	15	6,52%	16	5,54%	41	5,16%	
f. Pédagogie médicale	12	4,36%	10	4,35%	10	3,46%	32	4,03%	
<b>Sciences humaines</b>	<b>52</b>	<b>18,91%</b>	<b>41</b>	<b>17,83%</b>	<b>83</b>	<b>28,72%</b>	<b>176</b>	<b>22,17%</b>	<b>0,006</b>
a. Relation médecin-patient	3	1,09%	3	1,30%	8	2,77%	14	1,76%	
b. Ethique	1	0,36%	2	0,87%	1	0,35%	4	0,50%	
c. Santé et législation	3	1,09%	3	1,30%	3	1,04%	9	1,13%	
d. Inégalités sociales, précarité	0	0,00%	4	1,74%	4	1,38%	8	1,01%	
e. Point de vue du patient	9	3,27%	5	2,17%	22	7,61%	36	4,53%	
f. Point de vue du médecin	12	4,36%	14	6,09%	38	13,15%	64	8,06%	
g. Approche holistique	1	0,36%	1	0,43%	5	1,73%	7	0,88%	
h. Aspects culturels	4	1,45%	4	1,74%	1	0,35%	9	1,13%	
i. Histoire médicale	19	6,91%	5	2,17%	1	0,35%	25	3,15%	

p-value : test du Chi-carré réalisé pour comparer les périodes P1 et P3

#### 4.3.2. Méthodologie utilisée

Les études quantitatives et qualitatives représentaient trois quart des thèses étudiées. Le taux d'études qualitatives augmentait au cours des différentes périodes (1.09% ; n=3 pour P1 versus 22.15% ; n=64 pour P3) alors que le taux d'études historiques diminuait (7.64% ; n=21 pour P1 versus 0.35% ; n=1 pour P3).

Dans la catégorie « Autre », nous avons classé les études rapportant un cas clinique et les études où nous n'avions pu clairement identifier une méthodologie de recherche.

Tableau II. Méthodologie utilisée

	P1 (2004-2007)		P2 (2008-2010)		P3 (2011-2014)		TOTAL	
	n=275	(%)	n=230	(%)	n=289	(%)	n=794	(%)
<b>Approche méthodologique</b>								
a. Etude quantitative	156	56,73%	129	56,09%	154	53,29%	439	55,29%
b. Etude qualitative	3	1,09%	12	5,22%	64	22,15%	79	9,95%
c. Etude médico-économique	2	0,73%	0	0,00%	1	0,35%	3	0,38%
d. Etude de recherche secondaire	16	5,82%	19	8,26%	14	4,84%	49	6,17%
e. Etude d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques	6	2,18%	4	1,74%	3	1,04%	13	1,64%
f. Evaluation de la qualité des soins	13	4,73%	36	15,65%	31	10,73%	80	10,08%
g. Etude historique	21	7,64%	6	2,61%	1	0,35%	28	3,53%
h. Autre	58	21,09%	24	10,43%	21	7,27%	103	12,97%

##### 4.3.2.1. Approche quantitative

Parmi les 528 thèses ayant une approche quantitative, 439 étaient seulement des études quantitatives et 89 associaient une approche quantitative à un autre type d'étude :

- pour la période P1, on comptait 10 thèses (1 étude médico-économique, 1 étude d'évaluation de tests et de stratégies diagnostiques et 8 études d'évaluation de la qualité des soins) ;
- pour la période P2, on en comptait 40 (1 étude de recherche secondaire, 2 études d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques, 33 études d'évaluation de la qualité des soins, 4 études classées dans la catégorie « Autre ») ;
- pour la période P3, on en comptait 39 (1 étude médico-économique, 1 étude de recherche secondaire, 3 études d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques, 28 études d'évaluation de la qualité des soins, 6 études classées dans la catégorie « Autre »).

On notait une augmentation du nombre d'études analytiques (8.43% ; n=14 pour P1 et 13.47% ; n=26 pour P3).



Les études interventionnelles étaient les moins représentées quelque soit la période donnée (1.70% ; n=9).

Peu de thèses s'appuyaient sur une base de donnée (4.17% ; n=22).

Nous avons classé dans la catégorie « Autre » les thèses dont la méthode de recueil des données était mixte.

Tableau III. Approche quantitative

	P1 (2004-2007)		P2 (2008-2010)		P3 (2011-2014)		TOTAL	
	n=166	(%)	n=169	(%)	n=193	(%)	n=528	(%)
<b>Type</b>								
a. Descriptif	149	89,76%	160	94,67%	163	84,46%	472	89,39%
b. Analytique	14	8,43%	7	4,14%	26	13,47%	47	8,90%
c. Interventionnel	3	1,81%	2	1,18%	4	2,07%	9	1,70%
<b>Mode</b>								
a. Rétrospectif	67	40,36%	45	26,63%	60	31,09%	172	32,58%
b. Prospectif	52	31,33%	62	36,69%	61	31,61%	175	33,14%
c. Transversal	47	28,31%	62	36,69%	72	37,31%	181	34,28%
<b>Méthode de recueil des données</b>								
a. Questionnaire	74	44,58%	97	57,40%	112	58,03%	283	53,60%
b. A partir de dossiers	74	44,58%	59	34,91%	72	37,31%	205	38,83%
c. A partir d'une base de données	9	5,42%	7	4,14%	6	3,11%	22	4,17%
d. Autre	9	5,42%	6	3,55%	3	1,55%	18	3,41%

#### 4.3.2.2. Approche qualitative

Parmi les 99 thèses ayant une approche qualitative, 79 étaient seulement des études qualitatives et 20 thèses associaient majoritairement une approche qualitative à un autre type d'étude:

- pour la période P2, on comptait 11 études (7 études d'évaluation de la qualité de soins et 4 études classées dans la catégorie « Autre ») ;
- pour la période P3, on en comptait 9 (1 étude d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques, 1 étude d'évaluation de la qualité des soins, 7 études classées dans la catégorie « Autre »).

Le nombre d'études qualitatives à type d'entretien et de focus group augmentait au cours des trois périodes.

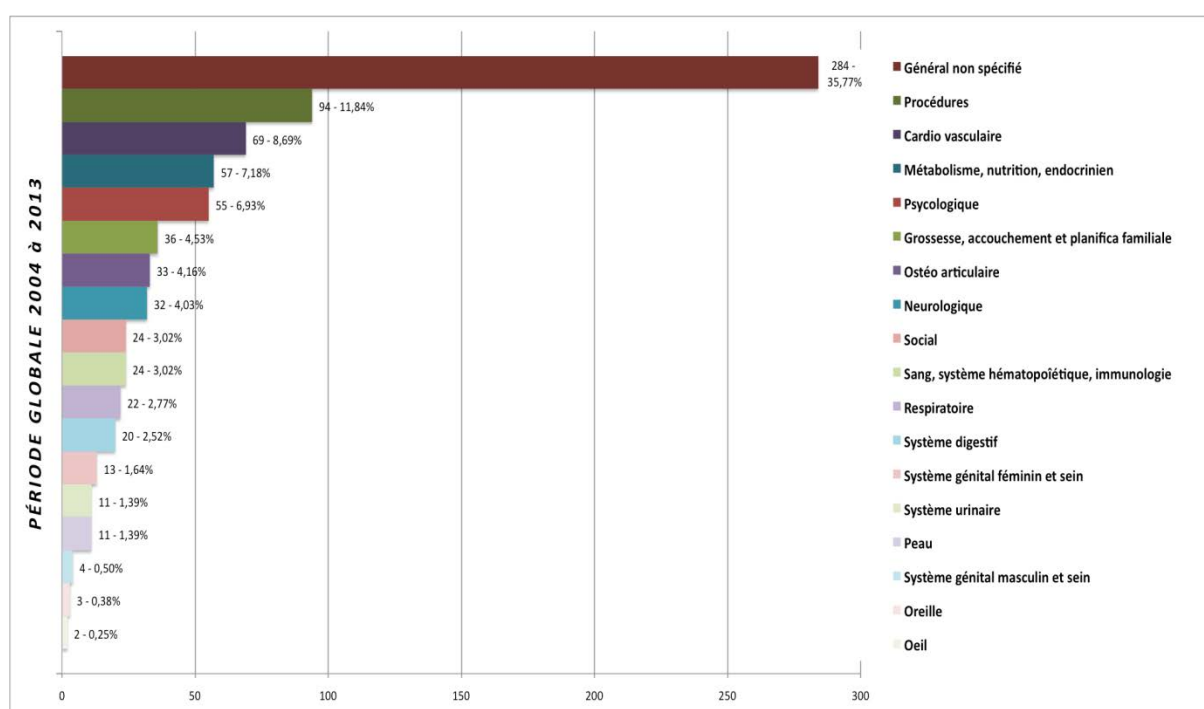
Tableau IV. Approche qualitative

	P1 (2004-2007)	P2 (2008-2010)	P3 (2011-2014)	TOTAL
	n=3	n=23	n=73	n=99
<b>Type</b>				
a. Entretiens individuels	3	20	50	73
b. Focus group	0	3	19	22
c. Entretien individuel + Focus group	0	0	4	4

#### 4.3.3. Problème de santé concerné

Les thèses qui concernaient une « procédure » ou un problème « général non spécifié » représentaient 47,61% des thèses (Annexe 2).

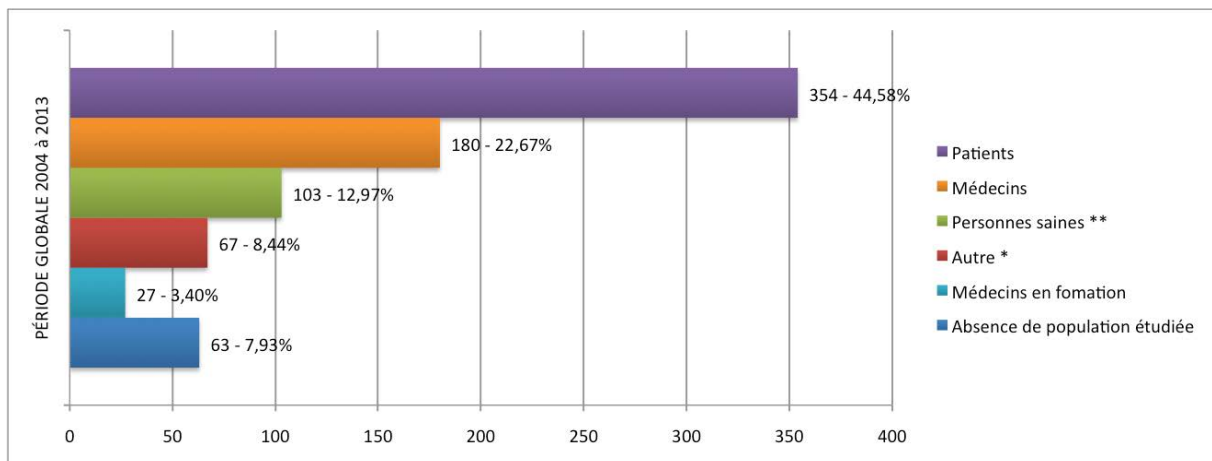
Figure 2. Problème de santé concerné



#### 4.3.4. Populations étudiées

Les travaux concernaient à 44.58% (n=354) les patients et à 22.67% (n=180) les « médecins » pour la période globale 2004 - 2013.

Figure 3. Populations étudiées



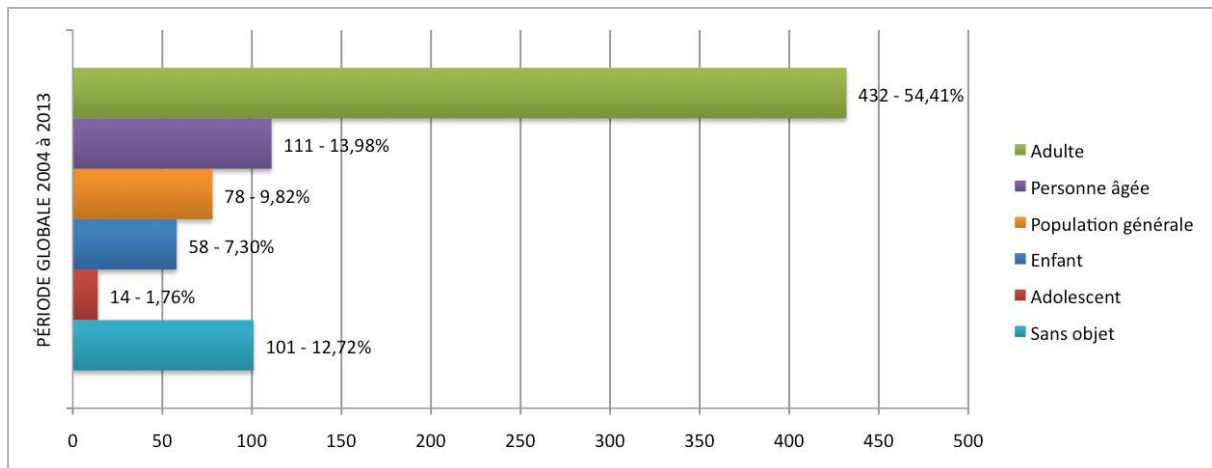
\*\* : y compris les professionnels de santé autres que médecins ou médecins en formation et l'entourage du patient

\* : thèses regroupant plusieurs catégories de population.

#### 4.3.5. Catégorie d'âge concernée

La moitié des thèses s'intéressaient à des adultes (54.41% ; n=432). Seulement 7.30% (n=58) des thèses impliquaient des enfants et 1.76% (n=14) des adolescents. Trois quart des études s'intéressaient aux adultes et aux personnes âgées.

Figure 4. Catégorie d'âge concernée

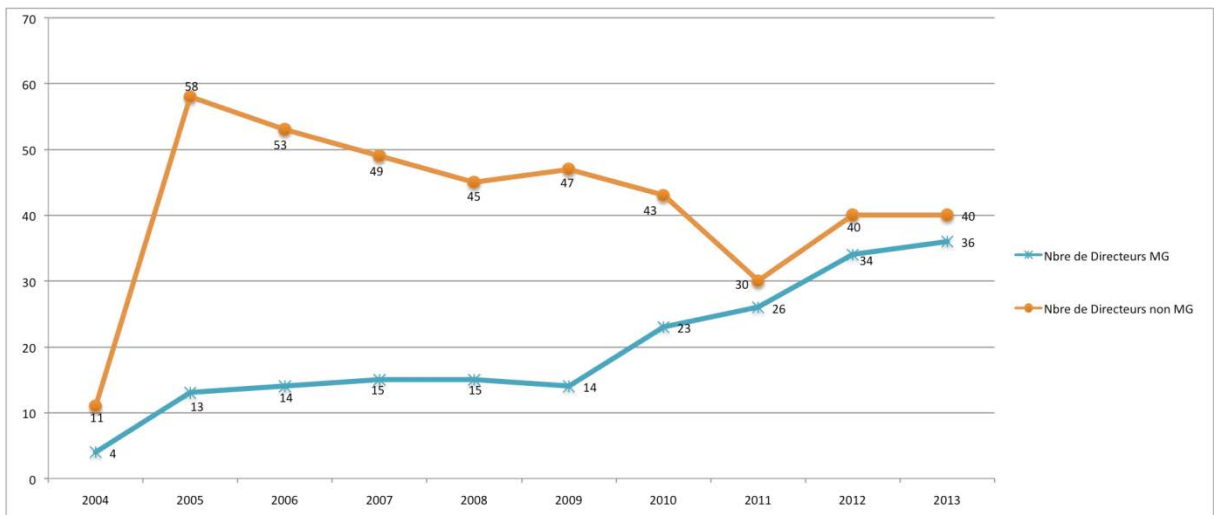
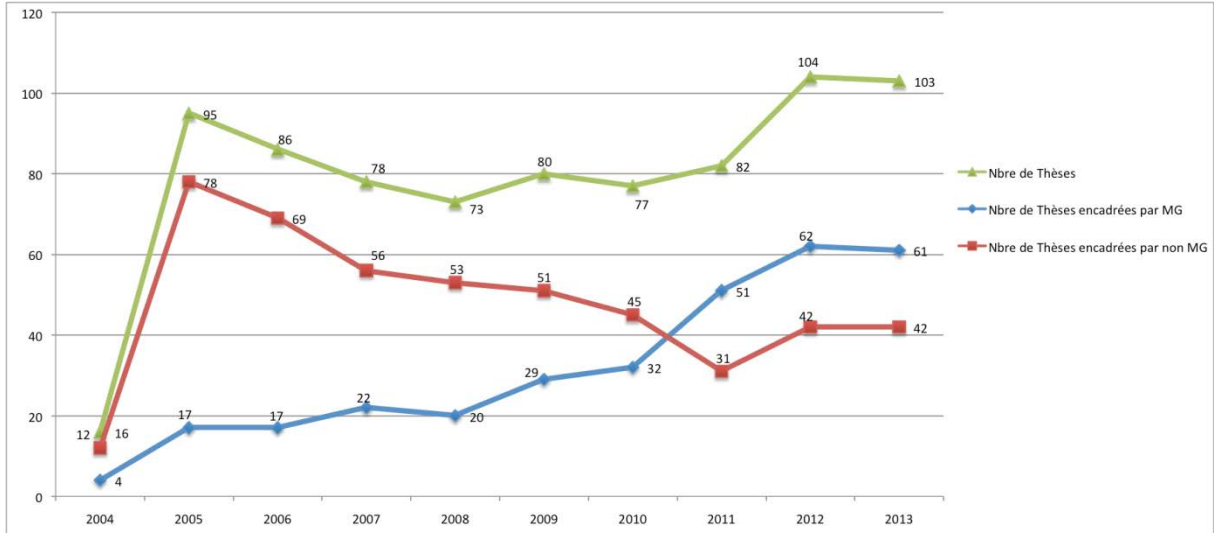


#### 4.4. Caractéristiques des directeurs de thèse

Depuis quelques années, le nombre de thèses encadrées par des directeurs médecins généralistes augmentait, parallèlement au nombre de directeurs de thèse médecins généralistes formés. Au contraire, le nombre de directeurs non MG diminuait.

On dénombrait dans notre étude, 106 MG ayant dirigé 315 thèses et 253 non MG ayant dirigé 443 thèses (les 36 autres thèses étaient dirigées par des militaires). Sur la période totale, un MG dirigeait donc en moyenne 2.97 thèses contre 1.75 pour un non MG.

Figures 5 et 6. Caractéristiques des directeurs de thèse



#### 4.5. Thèses inscrites dans le champ des soins primaires avec critères de qualité adaptés

La proportion de thèses inscrites dans les soins primaires avec critères de qualité tendait vers l'augmentation de manière statistiquement significative entre la première et la troisième période étudiée ( $p < 0.05$ ).

Tableau V. Recherche dans le champ des soins primaires avec critères de qualité adaptés

	P1 (2004-2007)		P2 (2008-2010)		P3 (2011-2014)		TOTAL		p-value
	n=275	(%)	n=230	(%)	n=289	(%)	n=794	(%)	
<b>Recherche dans le champ des soins primaires avec l'ensemble des critères de qualité</b>	<b>76</b>	<b>27,64%</b>	<b>99</b>	<b>43,04%</b>	<b>170</b>	<b>58,82%</b>	<b>345</b>	<b>43,45%</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>a. Traite des caractéristiques et des compétences spécifiques de la médecine générale</b>	<b>74</b>	<b>26.90%</b>	<b>95</b>	<b>41.30%</b>	<b>165</b>	<b>57.09%</b>	<b>334</b>	<b>42.06%</b>	
Problème de santé et prise en charge	5	1,82%	11	4,78%	11	3,81%	27	3,40%	
Gestion des soins de santé primaires	13	4,73%	14	6,09%	18	6,23%	45	5,67%	
Communication médecin patient	2	0,73%	3	1,30%	8	2,77%	13	1,64%	
Approche holistique e la médecine	5	1,82%	5	2,17%	22	7,61%	32	4,03%	
Evaluation et amélioration des pratiques	23	8,36%	32	13,91%	35	12,11%	90	11,34%	
Promotion et éducation à la santé	8	2,91%	7	3,04%	22	7,61%	37	4,66%	
Intervention au stade précoce des maladies	7	2,55%	10	4,35%	14	4,84%	31	3,90%	
Responsabilité spécifique en santé publique	3	1,09%	1	0,43%	2	0,69%	6	0,76%	
Thématique concernant les médecins	8	2,91%	12	5,22%	33	11,42%	53	6,68%	
<b>b. Présence d'une question de recherche clairement annoncée</b>	<b>74</b>	<b>26,91%</b>	<b>99</b>	<b>43,04%</b>	<b>170</b>	<b>58,82%</b>	<b>343</b>	<b>43,20%</b>	
<b>c. Résumé construit selon le modèle IMRAD</b>	<b>40</b>	<b>14,55%</b>	<b>76</b>	<b>33,04%</b>	<b>156</b>	<b>53,98%</b>	<b>272</b>	<b>34,26%</b>	
<b>d. Méthodologie identifiée</b>	<b>68</b>	<b>24,73%</b>	<b>93</b>	<b>40,43%</b>	<b>163</b>	<b>56,40%</b>	<b>324</b>	<b>40,81%</b>	
<b>e. Environnement situé dans les soins primaires ambulatoires</b>	<b>59</b>	<b>21,45%</b>	<b>88</b>	<b>38,26%</b>	<b>157</b>	<b>54,33%</b>	<b>304</b>	<b>38,29%</b>	

*p-value : test du Chi-carré réalisé pour comparer les périodes P1 et P3*

#### 4.6. Mots clés indexés selon le Mesh

Soixante douze pour cent des mots clés utilisés par les thésards pour caractériser leur travail ne faisaient pas partie des mots clés indexés selon la référence du Mesh. Les mots clés indexés ont été introduits dans l'outil base de données créée pour ce travail de thèse. En effectuant une requête dans notre base de données par les mots clés « médecine générale », « médecin généraliste » et « médecine de famille » nous obtenions un taux de 11.9% de thèses indexées selon ces termes.

Au total, nous avons analysé 794 thèses soutenues par les internes de médecine générale entre le 22 septembre 2004 et le 31 décembre 2013. La proportion de thèses inscrites dans le champ des soins primaires avec critères de qualité augmentait de manière statistiquement significative entre la première et la troisième période étudiée ( $p < 0.05$ ). Trente neuf pour cent étaient dirigées par un médecin généraliste. On notait que 241 thèses (30.35%) s'intéressaient à un problème clinique. L'augmentation du nombre de thèse abordant les sciences sociales était statistiquement significative entre P1 et P3. Le problème de santé abordé le plus fréquent était « Général, non spécifié ». La majorité des thésards utilisaient une approche quantitative pour mener à bien leurs études.

## 5. DISCUSSION

### 5.1. Principaux résultats et comparaison aux données de la littérature

5.1.1. Un nombre important de thèses inscrites dans le champ des soins primaires avec critères de qualité

Parmi les thèses étudiées, 345 (43.45%) étaient inscrites dans le champ des soins primaires et rassemblaient l'ensemble des critères de qualité choisis. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés dans la littérature (14, 18, 23). Ces résultats sont très hétérogènes et dépendent de la définition que l'on utilise pour définir la médecine générale (18, 19, 21-23, 32).

### 5.1.2. Des domaines de recherche en lien avec la définition de la médecine générale

Tout comme pour deux autres auteurs (18, 23), la majorité des thésards étudiaient un problème clinique. Le problème de santé abordé le plus fréquent était « Général, non spécifié ». Cela semble correspondre avec les domaines de recherche intéressant le plus les médecins généralistes qui peuvent encadrer les thèses (33).

La proportion de thèses relatives aux sciences humaines augmentait de façon significative avec une prédominance de thèses concernant la relation médecin-patient, le point de vue du patient et celui du médecin. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature (20, 21). L'augmentation du nombre de directeur de thèse médecins généralistes qui sont confrontés dans leurs pratiques quotidiennes à des questions sociales peut expliquer cette tendance. La médecine générale est, par définition, à la frontière de la science et de l'humain (1, 26, 34).

Une proportion importante des thèses concernaient le dépistage et la prévention des maladies, la promotion et l'éducation à la santé. Ces problématiques sont également en augmentation dans l'étude réalisée par S. EL MORNAN (39). Cela correspond à une des responsabilités spécifiques de la médecine générale en termes de santé publique (1).

Les thèses sur les thèmes de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques étaient nombreuses. S. EL MORNAN (39) constatait une augmentation significative du nombre de thèses relatives à cette thématique. Il s'agit là d'un questionnement quant à la complexité d'exercer à partir de recommandations de bonnes pratiques. Ainsi une étude canadienne (35) montre que les médecins généralistes sont majoritairement favorables à l'application des recommandations mais que les exigences et les désirs des patients peuvent modifier leurs attitudes. Ce décalage entre les recommandations et la pratique est une source de sujet de recherche en médecine générale.

### 5.1.3. Des problèmes de santé généraux

On notait une prédominance de thématiques de thèses orientées vers des symptômes et des plaintes diverses, des affections non spécifiques d'organe, des procédures de diagnostic, de dépistage ou de soins. Elles correspondent à la définition de la médecine générale (1) et semblent satisfaire aux besoins spécifiques de la recherche en médecine générale (5, 6, 14). En effet, la médecine générale correspond au premier contact des populations avec le système de soin (1). Elles coïncident d'ailleurs avec les principaux motifs de recours en soins primaires en France identifiés dans l'étude ECOGEN de 2014 (39).

Les pathologies cardio-vasculaires arrivaient au troisième rang des thématiques des thèses de médecine générale à l'Université de Lorraine. Cela est à mettre en relation avec la collaboration entre le DMG de Nancy et le Centre d'Investigation Clinique Plurithématique du CHU de Nancy. Parmi les protocoles de recherche mis en place, on note une grande majorité de protocoles concernant les pathologies cardio-vasculaires (74 protocoles entre 2008 et 2011 (40)). On peut penser que le fait de proposer plusieurs thèses sur une seule thématique est une stratégie efficace pour faire progresser les connaissances sur le sujet. Par ailleurs, 1 006 familles lorraines se sont engagées dans la recherche clinique depuis 1993 pour former la cohorte STANISLAS. Le DMG de Nancy collabore avec les équipes de recherche de la cohorte. L'objectif principal est de constituer une banque de données permettant de suivre sur plusieurs années, l'évolution de l'état de santé de ces familles. Parmi les thèmes explorés, on retrouve les facteurs de risque cardio-vasculaires, la nutrition, le rôle de la génétique et l'influence de l'environnement. La cohorte a permis la publication de 163 articles dans des revues internationales (40).

Tableau VII. Fréquences des problèmes de santé abordés. Comparaison avec la littérature

	<b>Nancy 2004-2013</b>	<b>Lyon (21) 2008-2010</b>
<b>1<sup>er</sup> problème de santé</b>	Général, non spécifié	Général, non spécifié
<b>2<sup>ème</sup> problème de santé</b>	Procédures	Aucun
<b>3<sup>ème</sup> problème de santé</b>	Cardio-vasculaire	Métabolique, nutrition, endocrinien

#### 5.1.4. Vers un développement des études qualitatives

La majorité des thésards a utilisé une approche quantitative pour mener à bien leurs études. Le nombre d'études analytiques a augmenté au cours des trois périodes décrites. Cela peut s'expliquer par la création de partenariats entre les DMG et les structures de recherche (centre d'investigations, laboratoires INSERM, écoles de Santé Publique) dans le but d'aider à l'étude et l'analyse des données collectées.

Le faible nombre d'études interventionnelles peut traduire la difficulté de mise en œuvre de ce type d'étude en médecine générale : le financement insuffisant voire plutôt inexistant et la difficulté à respecter la réglementation de la recherche (CPP, CNIL, CCTIRS, ANSM, Assurance, nécessité de promotion...) sont des facteurs limitant au développement de ce type d'étude en médecine générale (36-38).



Les études qualitatives sont de plus en plus nombreuses. La méthode de recueil des données principalement utilisée est l'entretien individuel devant les focus group. Cette évolution peut être due à la modification des méthodes de recherche en médecine générale. Les organisations internationales de recherche en médecine générale recommandent désormais d'utiliser plus largement ces méthodes bien adaptées aux problématiques de la médecine générale. Les études qualitatives sous forme d'entretiens (focus group ou entretiens semi-dirigés) permettent de mieux comprendre des phénomènes humains complexes par une étude des relations, des comportements et des interactions entre les individus (25-27).

#### 5.1.4. Des travaux s'intéressant aux patients et aux médecins...

Les principaux sujets des études étaient les patients et les médecins. On retrouve des résultats concordants pour C. TOURNEBIZE (23) ainsi que pour M. CHEVALIER (18). Cela témoigne d'une volonté des thésards à enquêter sur une prise en charge centrée sur le patient (41) d'une part et d'autre part sur le mode d'exercice et les études de pratiques.

Le nombre de thèses concernant les enfants et les adolescents reste assez faible et l'on retrouve des chiffres superposables dans la littérature (18, 23). Cela rend compte des réels obstacles à la recherche en pédiatrie du fait de problèmes réglementaires et de difficulté de recrutement des sujets (42).

#### 5.1.5. ...dans un environnement majoritairement hospitalier

De nombreuses thèses étudiaient un environnement situé en milieu hospitalier ou aux urgences. On peut expliquer ce résultat par le fait que la filière de médecine générale permet l'accès via un DESC à différentes spécialités, comme la médecine d'urgence ou la gériatrie entre autres. Ainsi, les thésards semblent privilégier les thèses situées dans le domaine du DESC choisi. Le choix du sujet de thèse peut, en outre, être influencé par les différents lieux de stages de l'interne, notamment un passage obligatoire en service d'urgences des étudiants lors du DES de médecine générale. On peut aussi évoquer la difficulté à trouver des directeurs de thèse médecins généralistes en soins primaires ambulatoires (43). Ce sont « historiquement » les non MG qui encadrent les thèses de médecine générale mais nous avons montré que cette orientation tendait à s'inverser.

#### 5.1.6. Une nécessité d'augmenter le nombre de directeurs MG

Trois cent quinze thèses (39.67%) ont été dirigées par un médecin généraliste. L'augmentation du nombre de thèses encadrées par des médecins généralistes est plus marquée lors de la troisième période étudiée. Cependant, la proportion d'hospitaliers directeurs de thèses reste la plus importante. L'étude réalisée par P. NOUGAIREDE de 2006 à 2007 à Paris 7 (11) retrouve 26% de généralistes et 74% d'autres spécialistes. On constate donc qu'à Nancy la proportion de médecins généralistes est supérieure.

La capacité d'encadrement des directeurs MG semble saturée. L'encadrement d'une thèse représente un travail considérable et il apparaît qu'à Nancy, il existe un ratio défavorable enseignant/enseigné avec un équivalent temps plein pour 100 internes environ. Il faudrait donc d'une part augmenter le nombre de médecins généralistes directeurs de thèse et d'autre part former des maîtres de stage MG à la direction de travaux académiques.

Cette saturation des directeurs MG et la difficulté à recruter d'autres MG pour encadrer les thèses posent la question suivante : toutes les thèses de MG doivent-elles être encadrées par un MG (18)? Les spécialistes hospitaliers ont plus volontiers accès à des banques de données et des ressources méthodologiques disponibles dans le cadre hospitalo-universitaire. Cependant, la possibilité de transposer les résultats issus des recherches hospitalières au domaine ambulatoire est discutable. La place particulière de la médecine générale justifie un raisonnement scientifique approprié et fondé sur une population spécifique, différente de la population hospitalière (44).

#### 5.1.7. Des difficultés méthodologiques

Notre étude révèle qu'il semble exister de réels obstacles pour les thésards à la rédaction des protocoles d'études de qualité, étape clé de la recherche. J. KONIECZNY indique que cette phase représente une difficulté pour 23.1% des étudiants (43).

Le nombre de résumés construits selon le modèle IMRAD est nettement inférieur à celui retrouvé dans la littérature (23). Cela nécessite que l'on insiste sur ce point auprès des étudiants, un résumé informatif restant indispensable à la visibilité du travail de thèse.

Pour pallier à ces difficultés, le DMG de Nancy a mis en place :

- un séminaire théorique, validant et obligatoire dès la première année : « thèse et bibliographie »,
- des ateliers thèse-mémoire de niveau 1 (2009) et de niveau 2 (2011) animés par les chefs de clinique de médecine générale,
- la présentation des projets sous forme de synopsis à un Conseil Scientifique depuis 2009.

#### 5.1.8. Des difficultés d'indexation

La majorité des mots clés utilisés par les thésards pour caractériser leur travail ne faisait pas parti des mots clés indexés selon la référence du MeSH. Nous avons tenté de respecter le sens du mot choisi par le thésard. Cependant certains mots comme « montagne » ou « Vosges » ne trouvant pas d'équivalent MeSH ont été supprimés de la liste des mots clés recueillis dans notre base de données. Le taux de thèses indexées par les mots clés « médecine générale », « médecin généraliste » et « médecine de famille » est bien inférieur à celui retrouvé dans la littérature qui est de 50% (14). Ceci peut entraîner une mauvaise indexation des thèses et donc une mauvaise visibilité des différents travaux de recherche. Il faudra à l'avenir faciliter ce procédé en veillant à une indexation homogène des travaux académiques.

#### 5.2. Validité interne de l'étude

Notre étude est une étude rétrospective descriptive. La liste des thèses de médecine générale a été fournie par le secrétariat du DMG. En conséquence, des erreurs ont pu survenir lors de la création de ce recueil. Pour les limiter, nous avons vérifié le nombre de thèses par année en nous adressant au bureau de la scolarité de la faculté de médecine de Nancy : le même nombre a été identifié.

Nous avons considéré que le résumé était un reflet fidèle du travail de thèse ce qui est discutable. En effet, la faible qualité d'une majorité de résumés en termes de structure et de capacité

à transmettre des informations n'est pas en faveur de cette hypothèse. Cependant, lorsque les réponses aux questions de notre grille de lecture n'étaient pas clairement notifiées dans le résumé, nous avons recherché chaque élément manquant dans le corps du texte de la thèse en la consultant à la bibliothèque universitaire ou via internet sur le site de PETALE (16).

L'analyse des thèses a été faite par une seule personne : le thésard. Il n'y a pas eu de double lecture systématique des résumés et/ou des thèses.

L'élaboration de la grille de lecture des thèses a été complexe : elle a été soumise à la lecture de notre directrice de thèse puis a été modifiée avant de pouvoir commencer le travail de recueil des données. Il n'existe toutefois pas de méthode unique de classification des thèses étant donné leur grande diversité.

Les classifications par domaine de recherche ou problème de santé ont été peu aisées du fait du chevauchement fréquent des catégories pour un même sujet. De ce fait, il existe probablement un biais de classification des thèses.

Notre étude n'a considéré les thèses de médecine générale de l'Université de Lorraine et n'est donc représentative qu'à l'échelon local.

Seules 15 thèses sur les 809 soutenues n'ont pu être retrouvées car elles n'ont pas été référencées et nous n'avons donc pu les consulter afin de répondre aux questions de notre grille de lecture. On peut toutefois considérer que notre analyse est quasiment exhaustive.

Notre étude peut être considérée comme inédite au sein de l'Université de Lorraine car elle est la seule à s'intéresser au profil des thèses de médecine générale sur une période de 9 ans. Elle permettra ainsi d'orienter les internes de médecine générale dans leur choix de sujet de thèse en dressant une vue d'ensemble de la production des thèses d'une part, et d'autre part de mettre en évidence la progression et l'amélioration des travaux académiques de médecine générale à l'Université de Lorraine. L'amélioration de la qualité des travaux académiques et l'augmentation de la production scientifique n'est possible que grâce à la professionnalisation de la recherche en médecine générale.

De plus, notre travail est, selon les critères que nous avons définis, inscrit dans le champ des soins primaires avec critères de qualité adaptés.

### 5.3. Implications des résultats et suggestions pour de futures recherches

5.3.1. Création d'une base de données en soins primaires ambulatoires : un outil au service des étudiants

#### *Une nouvelle banque de sujets au sein de la faculté de médecine*

L'identification des travaux de recherche réalisés antérieurement permettra aux internes et à leurs directeurs de thèse de cibler avec précision le sujet de leur travail. Ainsi, des priorités de recherche au sein du DMG pourront être mises en avant. Une même thématique répartie en plusieurs thèses permettra de faire progresser les connaissances dans le domaine choisi. L'utilisation

de bases de données en soins primaires ambulatoires peut être une source de travail pour les étudiants même si cette méthode reste encore peu développée en France (45, 46).

#### *Une aide aux choix méthodologiques*

La base de donnée permettra également d'orienter le thésard vers l'approche méthodologique qui semble la plus adaptée une fois la question de recherche posée. En effet, on pourra y rechercher toutes les thèses qui correspondent à une approche méthodologique donnée, observer le type d'étude réalisé et la question de recherche s'y rapportant et voir si celles-ci rassemblent les critères de qualité pour la recherche en soins primaires.

Exemple : pour une question de recherche intitulée « étude de l'influence des médias sur une prescription en médecine générale » l'approche méthodologique pourrait être une étude de recherche secondaire.

#### *Une liste de personnes ressources*

La base de données constitue un véritable annuaire des personnes ressources en méthodologies qualitatives et quantitatives mais aussi des potentiels directeurs de thèse et de leurs domaines de prédilection.

5.3.2. Création d'une base de données en soins primaires ambulatoires : un intérêt pour le DMG

#### *Un suivi des travaux académiques*

En étant intégrée dans les programmes informatiques du DMG, on pourra poursuivre le recueil des données et suivre les thèses réalisées par les internes de médecine générale. Le même type de travail réalisé de façon régulière permettra de voir l'évolution des travaux de thèses réalisées et leur pertinence pour la recherche en médecine générale.

#### *Une meilleure visibilité des thèses*

Nous avons montré que la qualité des résumés des thèses reste peu satisfaisante. L'obligation d'un résumé de thèse structuré par le schéma IMRAD est une proposition pour les améliorer. De même, les mots clés choisis par les thésards devraient être obligatoirement des mots issus du MeSH pour permettre une meilleure indexation des thèses. Ces deux critères présents dans notre base de données, peuvent permettre une meilleure indexation et donc une meilleure visibilité des travaux du DMG de Nancy. En outre, des ateliers d'aide à la rédaction scientifique pourraient être mis en place au sein du DMG de Nancy pour familiariser les étudiants aux règles de l'écriture scientifique.

#### 5.3.3. Valorisation des travaux académiques

Dans notre travail nous n'avons pas recherché si la thèse avait abouti à une valorisation. Un travail sur le devenir scientifique des thèses présentées par les internes du DES de médecine générale de Lorraine, ayant étudié à la Faculté de Nancy, sur la période de 2004 à 2014 a été réalisé. Les résultats de l'étude montrent un taux de valorisation de 24.8% sous forme d'article, de

communication orale ou de poster. Il semble être tout à fait encourageant et des moyens devraient être mis en œuvre afin d'augmenter encore la publication des travaux académiques, qui contribuera à la production de connaissances et à la revalorisation de la médecine générale. On peut imaginer modifier notre grille de lecture et y ajouter ce critère de valorisation. Ainsi, cela constituerait une motivation supplémentaire pour l'étudiant pour mener à bien son projet.

Notre travail a permis de dégager quelques pistes pour améliorer la qualité des thèses de médecine générale afin d'en poursuivre le développement et la recherche:

- développer des axes de recherche autour desquels pourront se développer plusieurs thèses par identification des travaux antérieurs
- informer les thésards quant aux priorités de recherche établies par le DMG et les impliquer dans le développement des projets
- étoffer le nombre de médecins généralistes directeurs de thèse en formant par exemple les maîtres de stage
- sensibiliser les internes au plus tôt aux travaux académiques et aux exigences de la rédaction scientifique
- encourager les thèses de recherche : critères d'acceptation d'un projet de recherche, encadrement des thésards et formation aux différentes méthodes de recherche
- accompagner les internes de médecine générale dans l'écriture de leurs travaux académiques pour en améliorer les qualités méthodologiques et rédactionnelles
- valoriser les travaux réalisés et inciter à la publication des travaux de recherche, favoriser leur diffusion par la publication d'article ou les communications orales lors des congrès.

## 6. CONCLUSION

Ce travail a permis d'identifier et de classer par thématiques les thèses soutenues par les internes de médecine générale depuis la création du DES sur une période de 9 ans.

Nous avons décrit des critères de qualité des thèses vis-à-vis de la recherche en médecine générale. Quarante trois pour cent des thèses étaient inscrites dans le champ des soins primaires et rassemblaient l'ensemble de ces critères de qualité. Cette proportion reste élevée en comparaison aux travaux similaires d'autres universités.

La base de donnée numérique réalisée à partir d'une grille d'analyse créée pour notre étude a permis d'avoir une vue d'ensemble des thèses de médecine générale et une synthèse de leurs caractéristiques. Cette base pourra être utilisée comme un support d'évaluation et de suivi des thèses à l'Université de Lorraine pour les prochaines années. Elle constituera également une banque de sujets de travaux académiques au sein de la faculté de médecine et pourra être consultée par tous les internes.

L'amélioration de la qualité des travaux académiques est à mettre en relation avec une professionnalisation de la recherche en soins primaires. Elle nécessitera quelques adaptations pédagogiques pour l'avenir :

- le développement d'axes de recherche établis par le DMG,
- l'augmentation du nombre de médecins généralistes directeurs de thèse,
- l'accompagnement des internes dans l'écriture de leurs travaux académiques,
- la valorisation des travaux réalisés.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Europe, W.O.N.C.A. "The European definition of general practice/family medicine." Barcelona: WONCA Europe. 2002. [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
- (2) Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. Clin Orthop Relat Res. févr 2007;455:3-5.
- (3) Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, van Weel C. The state of primary-care research. Lancet. 11 sept 2004;364(9438):1004-6.
- (4) Howe A. Is primary-care research a lost cause? The Lancet. mars 2003;361(9362):977.
- (5) Hummers-Pradier E, et al. Research Agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. European General Practice Research Network ; 2009.
- (6) De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. Ann Fam Med. 26 mai 2004;2 Suppl 2:S17-22.
- (7) Stange KC. Primary care research: barriers and opportunities. J Fam Pract. févr 1996;42(2):192-8.
- (8) Bradley CP. Primary care research: not a lost cause but still struggling to find its feet. Eur J Gen Pract. 1 déc 2004;10(4):136-7.
- (9) Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine: Global Media Santé; 2011. 216p.
- (10) Levasseur G, Schweyer FX. Research in general medicine in France: challenges and perspectives. Cah Sociol Demogr Med. mars 2001; 41(1):47-80.
- (11) Nougairède P, Gelly J. Etude PubliThèse taux d'exploitation des thèses en médecine générale au sein de la faculté Denis Diderot Paris 7 [Thèse d'exercice]. [Paris, France] : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2009
- (12) Laporte C. Formation à la recherche en médecine générale. Rev Prat, Médecine générale. 2006 Février;20(722/723):257-8.
- (13) Bourrel G, Hofflinger P, Vanoni I. Diversité et richesse des thèses en médecine générale. Exercer 2008;81:42-4
- (14) Levasseur G, Schweyer FX. Research in general medicine, role of the medical thesis. Sante Publique. juin 2003;15(2):203-12.
- (15) Catalogue SUDOC [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr>
- (16) PETALE [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <https://petale.univ-lorraine.fr/index.html>

- (17) Accueil | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
- (18) Chevalier M. Analyse des thèses d'exercice soutenues par les internes en médecine générale de la faculté de médecine Paris Descartes de 2005 à 2007 [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2009.
- (19) Remacle A. La thèse de médecine générale: analyse descriptive des thèses de médecine générale soutenues à l'université Bordeaux 2-Victor Segalen de 1995 à 2000 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2002.
- (20) 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 ; 2009.
- (21) 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.
- (22) Morinais E. Audit des thèses de médecine générale soutenues en 2002 à Angers [Thèse d'exercice]. Angers ; 2004.
- (23) 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, France]: Université Claude Bernard; 2012.
- (24) International Classification of Primary Care-2<sup>nd</sup> edition-French.pdf [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-French.pdf>
- (25) Bagros P, De Toffol B. Introduction aux sciences humaines en médecine. Tours: Ellipses ;1996. 223 p.
- (26) Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2010. 423 p.
- (27) Mouille J-M, Lefevre C, Visier L. Paris. Médecine et sciences humaines manuel pour les études médicales. Collection médecine et sciences humaines les belles lettres ; 2007. 667p.
- (28) Röhrig B, Prel J-B du, Wachtlin D, Blettner M. Types of study in medical research: part 3 of a series on evaluation of scientific publications. Dtsch Arztebl Int. avr 2009;106(15):262-8.
- (29) OMS. Santé de l'adolescent [Internet]. [cité 5 août 2015]. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/)
- (30) OMS. Vieillesse de la population et soins de santé [Internet]. [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- (31) Accueil CISMef : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française [Internet]. [cité 22 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- (32) El Mornan S. La production des thèses dans la filière médecine générale à la faculté de médecine de Créteil : une étude rétrospective sur cinq années universitaires de 2005 à 2010 [Thèse d'exercice]. Paris Créteil ; 2012.



- (33) Supper I. Disposition des médecins généralistes à participer à la recherche en soins primaires : l'étude DRIM [Thèse d'exercice]. Lyon ; 2009.
- (34) Galam E. Infiniment médecins: les généralistes entre la science et l'humain. Editions Autrement; 1996. 212 p.
- (35) Tracy CS, Dantas GC, Moineddin R, Upshur RE. The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. BMC Fam Pract. 23 sept 2003;4:13.
- (36) Hummers-Pradier E, Bleidorn J, Schmiemann G, Joos S, Becker A, Altiner A, et al. General practice-based clinical trials in Germany - a problem analysis. Trials. 2012;13:205.
- (37) Scoles L, Silagy C. Are clinical trials in general practice ethical? Aust Fam Physician. févr 1993;22(2):182-3.
- (38) Jonker PL, Sumajow CA. Randomised clinical trials in general practice. BMJ. 22 févr 1992;304(6825):508.
- (39) LeTrilliart L, Supper I, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. Exercer. 2014 ;114 :148-57
- (40) CIC-P de Nancy [Internet]. [cité 25 août 2015]. Disponible sur: <http://www.chu-nancy.fr/cic/fr/activite/cohorte.htm>
- (41) CNGE. Présentation du D.E.S [Internet]. 2011 [cité 17 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](http://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
- (42) Maruani A, Carriot M, Jonville-Béra A-P, Lorette G, Gissot V. La recherche clinique en pédiatrie. Ann Dermatol Venereol. juin 2015;142(6-7):446-9.
- (43) Konieczny J, Frappé P. Échecs des projets de thèse en médecine générale. Exercer. 2011;99:180-5
- (44) SFMG. Carré de White [Internet]. [cité 17 nov 2015]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/802/fichier\\_fiche1\\_carre\\_de\\_white0ec5f.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/802/fichier_fiche1_carre_de_white0ec5f.pdf)
- (45) De Lusignan S, van Weel C. The use of routinely collected computer data for research in primary care: opportunities and challenges. Fam Pract. avr 2006;23(2):253-63.
- (46) Williams T, van Staa T, Puri S, Eaton S. Recent advances in the utility and use of the General Practice Research Database as an example of a UK Primary Care Data resource. Ther Adv Drug Saf. avr 2012;3(2):89-99.

## ANNEXES

### Annexe 1. Grille d'analyse des thèses

---

#### A. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

1. Titre de la thèse
2. Année de soutenance
3. Sexe du thésard
4. Age du thésard lors de la soutenance
5. Nom du directeur de thèse
6. Spécialité du directeur de thèse
7. Numéro attribué à la thèse

---

#### B. PERTINENCE POUR LA RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

1. Existe-il une question de recherche ?
2. Le résumé est-il informatif ?

**Oui si**

- structure IMRAD identifiée

**OU**

- structure claire qui évoque la méthodologie et les résultats

3. Le travail est-il pertinent pour la recherche en médecine générale ?

**Oui si**

- la méthodologie est identifiée et appropriée à la recherche clinique

**ET**

- l'environnement est situé dans les soins primaires ambulatoires : les patients considérés sont vus en soins primaires ou dans le cadre d'une filière de soins ou les professionnels de santé considérés exercent leurs activités en soins primaires ou les outils considérés ont une utilité à l'exercice de la médecine générale ou à la formation des médecins généralistes

**ET**

- le travail traite d'un problème de santé et de sa prise en charge, de la gestion des soins de santé primaires, de filières de soins, de la communication médecin-patient, de l'approche holistique de la

médecine, de la gestion du cabinet médical, de l'amélioration des pratiques, de la formation des médecins, des médecins eux-mêmes.

---

## C. ANALYSE THEMATIQUE

---

### 1. Domaine de recherche abordé :

#### a. Problème clinique :

- Recherche clinique fournissant des éléments pour des recommandations
- Recherche sur des problèmes cliniques aigus courants
- Recherche clinique sur les maladies chroniques (cardiovasculaires, démence, cancer, diabète, HTA, asthme)
- Recherche clinique sur les stratégies diagnostiques
- Recherche clinique sur les stratégies thérapeutiques
- Evaluation pronostique d'un problème clinique

#### b. Recherche sur les parcours et offres de soins:

- Rôle passerelle du MG
- Communication entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'organes
- Développement d'interfaces entre soins primaires et hôpital
- Création de réseaux de soins
- Prise en charge pluridisciplinaire du patient
- Amélioration de l'efficacité et rationalisation des soins
- Développement d'alternatives à l'hospitalisation
- Développement de maisons de santé
- Démographie des professions de santé

#### c. Domaine de santé publique :

- Economie de la santé
- Politique de santé en soins primaires ambulatoires

- Création de bases de données médicales
- Mesure de l'état de santé et indicateurs de santé
- Constats des besoins de services de santé des patients
- Promotion et éducation à la santé
- Stratégies de dépistage et de prévention des maladies
- Influence de l'environnement sur la santé et risques sanitaires
- Surveillance épidémiologique

d. Evaluation et amélioration des pratiques:

- Développement de recommandations
- Evaluation des recommandations et amélioration
- Développement de standards de qualité des soins
- Formation médicale continue
- Méthodes d'audit
- Pédagogie médicale

e. Sciences humaines en médecine :

- Relation médecin-patient et outils de communication
- Ethique
- Santé et législation
- Inégalités sociales, situations de précarité
- Le point de vue du patient
- Le point de vue du médecin
- Approche holistique de la médecine
- Aspects culturels de la médecine
- Histoire médicale

## 2. Problème de santé concerné

- a. Procédures
- b. Général non spécifié
- c. Sang, système hématopoïétique, immunologie
- d. Système digestif
- e. Œil
- f. Oreille
- g. Cardio vasculaire
- h. Ostéo articulaire
- i. Neurologique
- j. Psychologique
- k. Respiratoire
- l. Peau
- m. Métabolisme, nutrition, endocrinien
- n. Système urinaire
- o. Grossesse, accouchement et planification familiale
- p. Système génital féminin et sein
- q. Système génital masculin et sein
- r. Social

## 3. Catégorie d'âge concernée

- a. Enfant
- b. Adolescent
- c. Adulte
- d. Personne âgée
- e. Population générale
- f. Sans objet

#### 4. Population étudiée

- a. Médecins
- b. Médecins en formation, étudiants
- c. Patients
- d. Personnes saines
- e. Absence de population étudiée
- f. Autre

#### 5. Environnement de l'étude

- a. Population générale
- b. Médecine générale, soins primaires ambulatoires
- c. Réseau de soins
- d. Institution/maison de retraite
- e. Hôpital
- f. Service d'urgence
- g. Laboratoire
- h. Faculté de médecine, université
- i. Autre

---

#### D. Approche méthodologique

---

1. Etude quantitative

2. Etude qualitative

3. Etude médico économique

4. Etude de recherche secondaire

5. Etude d'évaluation des tests et stratégies diagnostiques

6. Evaluation de la qualité des soins

7. Etude historique

8. Autre

- Si approche quantitative :

a. Type : descriptive, analytique ou interventionnel

b. Rétrospective, prospective, transversale ?

c. Méthode de recueil des données ?

-à partir de questionnaire

-à partir de dossiers

-à partir d'une base de données

-autre

- Si approche qualitative

a. Entretiens individuels

b. Focus group

c. Observation

---

E. Mots clés indexés selon le MeSH

---

Annexe 2. Classification internationale des soins primaires

<b>ICPC-2 – French</b> <b>International Classification of Primary Care – 2<sup>nd</sup> Edition</b> <b>Wonca International Classification Committee (WICC)</b> 	<b>Sang, syst. hématop/immunol. B</b>	<b>Oeil F</b>	<b>Ostéo-articulaire L</b>
<b>Procédures</b>	B02 Ganglion lymph. augmenté/douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Défaut de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire
<b>Général et non spécifié A</b> A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Evanouissement/syncope A07 Coma A08 Confinement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peu traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononuclease infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinales A85 Effet sec. subst. médicinales A86 Effet toxique subst. non médicinales A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé	<b>Syst. Digestif D</b> D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brûlant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'oesophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès péréal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	<b>Oreille H</b> H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H18 Précoc. par aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite/eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusis H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	<b>Neurologique N</b> N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/ de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralysie/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
	<b>CODES PROCÉDURE</b> <b>SYMPTÔMES ET PLAINTES</b> <b>INFECTIONS</b> <b>NÉOPLASMES</b> <b>TRAUMATISMES</b> <b>ANOMALIES CONGÉNITALES</b> <b>AUTRES DIAGNOSTICS</b>	<b>Cardio-vasculaire K</b> K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d' hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardié aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/Flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	





### Annexe 3. Base de données (CD)



## RESUME DE LA THESE

**Introduction** : Avec la création du diplôme d'études spécialisées en 2004, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière et doit développer une recherche disciplinaire qui lui est propre. La thèse rapporte un travail de recherche construit par un interne. Cependant, la production des travaux académiques reste hétérogène. **Objectifs** : Identifier et classer les thèses soutenues par les internes de médecine générale à l'université de Lorraine de 2004 à 2014, décrire des critères de qualité et créer une base de donnée indexée, évolutive. **Méthode** : Enquête rétrospective descriptive réalisée à partir d'une grille de lecture des thèses, disponibles via le registre des thèses du département de médecine générale et sur catalogues en ligne. **Résultats** : Parmi les 794 thèses étudiées, 43.45% (n=345) étaient inscrites dans le champ des soins primaires et rassemblaient l'ensemble des critères de qualité choisis. On dénombrait 30.35% (n=241) de thèses qui s'intéressaient à un problème clinique et le problème de santé le plus fréquemment abordé était « Général, non spécifié ». La majorité des thésards utilisaient une approche quantitative pour mener leurs études. Trente neuf pour cent des thèses étaient dirigées par un médecin généraliste. Soixante douze pour cent des mots clés utilisés n'étaient pas indexés selon la référence Mesh. **Conclusion** : Cette étude aura permis de connaître les caractéristiques des thèses soutenues au travers d'une base de donnée qui pourra être le support d'évaluation, de suivi des thèses pour les prochaines années et ainsi améliorer la qualité des travaux académiques.

---

### TITRE EN ANGLAIS:

**STAN-MG STUDY: CLASSIFICATION OF THESES IN GENERAL PRACTICE BETWEEN 2004 AND 2014 AT NANCY UNIVERSITY.**

---

### THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2016

---

### MOTS CLES MESH

Médecine générale, travaux académiques, classification, base de données

---

### INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R.

UNIVERSITE DE LORRAINE  
Faculté de Médecine  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---