



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Diriger une thèse de Médecine Générale ?
Réflexion des Maîtres de Stages Universitaires
du Nord Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2022
à 16 heures au Pôle Formation
par **Jean-Baptiste DESENCLOS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Fawaz JOOMUN

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

CEMG : Collège des Enseignants de Médecine Générale

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMG : Département de Médecine Générale

DPC : Développement Personnel Continu

HPST : « Hôpital-Patient-Santé-Territoires »

MSU : Maître de Stage Universitaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	4
TABLE DES MATIERES	5
INTRODUCTION	7
La thèse de médecine	7
Histoire de la filière de Médecine Générale	8
Développer la recherche en Médecine Générale	10
La formation : une obligation déontologique.....	10
Spécialisation des thèses de Médecine générale	13
L'intérêt nécessaire des Médecins Généralistes pour la recherche.....	14
Les internes de Médecine Générale face à la thèse	15
Facteurs influençant la soutenance de la thèse	16
La Formation des directeurs de thèse	16
Les directeurs de thèses	17
Faciliter le travail de thèse	18
METHODE.....	20
Echantillonnage.....	20
Recrutement	20
Recueil.....	21
Analyse.....	21
Ethique	22
RESULTATS	23
Description de l'échantillon	23
La genèse de la réflexion	24
La relation avec l'interne	24
Les composantes du doute.....	25
Un nouvel investissement.....	27
La confiance nécessaire.....	31
Une formation indispensable.....	33
Un rôle qui fait peur	34

Une exposition au jugement	36
Progresser grâce à la direction de thèse.....	37
La reconnaissance du directeur de thèse	39
DISCUSSION	41
Résultat principal	41
Comparaison avec la littérature.....	43
Forces.....	46
Limites	46
Perspectives pour la recherche	48
Perspectives pour l'enseignement et la formation.....	49
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	58
Annexe 1: Parcours triennal de DPC pour la Médecine Générale	58
Annexe 2: Modèle transthéorique des changements de comportements	59
Annexe 3: La recherche en Médecine Générale au Royaume-Uni (6)	60
Annexe 4 : Guide d'entretien - Version initiale.....	61
Annexe 5: Critères COREQ 32 - traduction française	62
Annexe 6 : Verbatims anonymisés et carte heuristique	64

INTRODUCTION

La thèse de médecine

La gratification du titre de médecin généraliste en France nécessite deux prérequis définis par le Code de Santé Publique et le Code de l'Education (1) :

- Valider le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale (DES)
- Soutenir sa thèse d'exercice

La réforme du troisième cycle des études de Médecine de 2016(2) réorganise l'internat, le décret du 25 novembre de la même année définit trois phases durant celui-ci :

- La phase socle, durant laquelle l'interne pourra acquérir les connaissances de base de la spécialité
- La phase d'approfondissement, permettra de parfaire ces connaissances et acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie
- La phase de consolidation

Cette réforme prévoit de soutenir la thèse avant la fin de la phase d'approfondissement. Cependant, la durée du DES de Médecine Générale restant, pour le moment, fixée à trois ans, celui-ci est dépourvu de phase de consolidation et la thèse pourra être soutenue dans les six ans suivant la première inscription en DES.

Cette même réforme souligne l'importance de la recherche, ainsi les thèses universitaires de Médecine Générale devront alors se limiter au seul champ de la discipline.

Quelques éléments historiques permettent de mieux contextualiser ce travail.

Histoire de la filière de Médecine Générale

C'est au crépuscule de la IV^e République que les ordonnances Debré de 1958 (3) mettent en place les Centres Hospitalo-Universitaires, créant par la même occasion les statuts de praticiens hospitaliers et universitaires. Elles posent également les fondations de la recherche médicale. Cette organisation sépare, par défaut, les praticiens ambulatoires de la filière médicale universitaire.

En 1982, la réforme des études médicales (Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1983) met en place l'internat. Celui-ci sera alors la seule voie d'accès aux spécialités.

Le résidanat de Médecine Générale est instauré en parallèle, il consiste en un troisième cycle avec une formation pratique hospitalière, une formation théorique et un stage de sensibilisation à la pratique de cabinet, d'une durée de 20 demi-journées.

L'année suivante, est créé le Collège National des Généralistes Enseignants (4), son but est de fédérer les médecins généralistes, de représenter la filière auprès des instances nationales et internationales tout en améliorant l'offre et la qualité des soins par le développement de la recherche en soins premiers.

En 1996, un rapport des professeurs J.-F. Mattei (philosophe) et J.-C. Etienne (rhumatologue) (5), propose la création d'une filière de Médecine Générale au concours de l'internat.

En 1997, le troisième cycle de Médecine Générale est allongé d'un cinquième semestre, celui-ci se déroule en cabinet ambulatoire.

Les Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) sont alors mis en place, dotés de locaux et moyens propres, ils sont codirigés par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste. Le stage de Médecine Générale en second cycle est également créé en 1997.

La Loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 réforme le troisième cycle des études médicales.

Le DES de Médecine Générale est ainsi créé en 2004, il est accessible aux internes après les premières Epreuves Classantes Nationales.

Le Sénateur Giraud dépose en 2007 un projet de Loi faisant de la Médecine Générale une spécialité.

2008 : L'Assemblée Nationale vote à l'unanimité la Loi organisant la filière de Médecine Générale en définissant ces trois points :

- Le triptyque soins, enseignement, recherche, comme dans les autres disciplines
- Le lieu ambulatoire de l'exercice des soins
- Le statut d'enseignants associés

En 2009, la loi HPST définit l'organisation de la filière de Médecine Générale et les besoins de la formation initiale.

La spécialité Médecine Générale est confortée et les premiers enseignants titulaires de Médecine Générale sont nommés.

Développer la recherche en Médecine Générale

Cette structuration de la filière de Médecine Générale doit s'accompagner d'un développement de la recherche dans le champ de la discipline. Celle-ci souffrait alors d'un retard par rapport aux autres spécialités, le rapport remis au ministre de la Santé par Gérard de Pouvourville (6), Directeur de Recherche au CNRS, en 2006 dressait l'état des lieux de la recherche et établissait treize propositions pour son développement.

Il identifiait « trois grands producteurs de la recherche » en Médecine Générale en France, à savoir :

- Les départements universitaires de Médecine Générale
- Les sociétés savantes
- Les réseaux locaux

Le Pacte Territoire Santé 2 (7) de Marisol Touraine réaffirmait cette volonté de soutien de la recherche en soins primaires.

La formation : une obligation déontologique

Le Serment d'Hippocrate nous rappelle (8) dans sa version actualisée :

*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.*

Et dans sa version classique :

Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pairs.

La déclaration de Genève ou « Serment du médecin » figure en annexe du code de la déontologie médicale.

*« J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des
bonnes pratiques médicales*

JE PERPÉTUERAI l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale

*JE TÉMOIGNERAI à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect
et la reconnaissance qui leur sont dus*

*JE PARTAGERAI mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les
progrès des soins de santé*

*JE VEILLERAI à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation
afin de prodiguer des soins irréprochables »*

Cette déclaration figure en annexe du code de déontologie médicale, comprenant l'article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique) :

*« Tout médecin entretient et perfectionne ses connaissances dans le respect de son
obligation de développement professionnel continu. »*

Et l'article 68-1 (article R 4127-68-1 du code de santé publique) :

« Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel. »

Le décret du 9 janvier 2019 réorganise le Développement Personnel Continu (DPC) avec la mise en place de parcours pluriannuels de DPC et en constituant une obligation triennale. (9)

Le cadre réglementaire prévoit trois manières de valider ce parcours (10) :

- Obtenir une accréditation
- Réaliser un parcours libre
- Réaliser le parcours proposé par le Collège National Pédagogique de la discipline

Les médecins généralistes installés ne sont pas concernés par l'obtention d'une accréditation. La validation du parcours libre nécessite d'avoir réalisé au moins deux des trois types d'actions (formation / évaluation et amélioration des pratiques / gestion des risques) et au moins une action prioritaire (11).

Le parcours proposé par le Collège National Pédagogique de Médecine Générale nécessite la validation d'une action dite « cognitive » et d'une action dite « d'analyse des pratiques », une action intégrée valide les deux conditions.

On constate que le tutorat et la maîtrise de stage constituent une action intégrée, « d'autres formes d'encadrement » valident cette condition mais il n'est pas précisé si la direction de thèse en fait partie. (Annexe 1)

Spécialisation des thèses de Médecine générale

Au-delà du caractère obligatoire de la thèse de Médecine Générale, celle-ci constitue à la fois la fin de la formation initiale des internes mais également un travail de recherche à part entière. Il s'agit d'ailleurs souvent du premier contact avec la recherche pour les internes (12).

Leur étude est un bon moyen de connaître la dynamique de la recherche de la spécialité, les thèmes abordés, les moyens méthodologiques utilisés (13).

Comme nous l'avons vu précédemment, 2004, l'année de reconnaissance comme spécialité est charnière pour la discipline.

Avant 2004, les thèses d'exercices étaient conduites par des spécialistes hospitaliers, avec une majorité de thèses quantitatives. (14)

Dorénavant les thèses de Médecine Générale sont de plus en plus prises en charge par les médecins généralistes, permettant l'émergence de nouveaux thèmes et de méthodes dites « qualitatives ». Ces thèses semblent logiquement porter plus souvent sur un sujet de Médecine Générale (15).

Le travail dont vous prenez connaissance en ce moment même s'inscrit dans ce processus.

Ces nouveaux types de travaux ne semblent pas remplacer les anciennes thématiques, et nous assistons ainsi à une augmentation de nombre de thèmes

abordés par thèse, avec l'inclusion de problématiques du champ des sciences sociales.

Les sujets des thèses de Médecine Générale apparaissent donc plus complexes et rejoignent la dimension globale de notre exercice quotidien. (13,16)

L'intérêt nécessaire des Médecins Généralistes pour la recherche

Dans les années 2000, il apparaissait encore un manque de reconnaissance de notre discipline par les investigateurs hospitaliers (17), se reflétant par un sentiment de manque de légitimité des généralistes dans la conduite des travaux de recherche.

La recherche en Médecine Générale, dynamisée par sa reconnaissance comme spécialité, rencontre des difficultés, parmi lesquelles le recrutement des médecins pour participer et conduire des études (18).

De plus, le nombre d'enseignants apparaît encore insuffisant (19).

Des études ont cherché à identifier les facteurs favorisant l'implication dans la recherche.

L'étude DRIM (18) en 2010, ambitionnait d'identifier les déterminants de la participation d'un échantillon de médecins de la région Rhône-Alpes à la recherche.

Il était mis en évidence que 30% des répondants souhaitaient participer à un travail de recherche à titre d'investigateur.

Au-delà des biais de cette étude quantitative, celle-ci révélait des facteurs associés à la participation à un travail de recherche, parmi lesquels l'âge plus jeune ou la

participation antérieure à un travail de recherche, mais encore le statut de Maître de Stage Universitaire et l'appartenance à un réseau de recherche.

Etaient également mis en lumière plusieurs obstacles déjà connus tels que le manque de temps et la lourdeur administrative.

L'étude DéPaR-MG (20) menée en 2017, cherchait, par auto-questionnaire envoyé aux médecins généralistes normands, à retrouver les facteurs favorisant ou limitant la volonté de participer à la recherche clinique.

Il était confirmé que les jeunes médecins généralistes et les MSU sont plus susceptibles de participer à la recherche. Les médecins généralistes devraient être sollicités en fonction de leurs domaines de recherche préférés.

Les internes de Médecine Générale face à la thèse

Dans le cadre d'une amélioration de la qualité des thèses nécessaire pour la relativement jeune filière de Médecine Générale, il est utile de comprendre le regard des internes sur la thèse. Les principaux résultats montraient que la thèse était considérée comme une contrainte et que les internes manquent de temps et de compétences en recherche (21).

Certains projets de thèse n'aboutissent pas et les principales causes identifiées de ces échecs étaient la pertinence du sujet, le manque de temps, la motivation de l'étudiant et du directeur de thèse (22).

En étudiant le ressenti des jeunes médecins ayant passé leur thèse, on retrouve une satisfaction globale, néanmoins des freins à la réalisation de leur thèse ont été identifiés. Parmi lesquels un sentiment de solitude devant le manque de formation à la recherche et un accompagnement parfois jugé insuffisant par le directeur de thèse (23,24).

Facteurs influençant la soutenance de la thèse

La thèse constitue le premier travail de recherche obligatoire pour l'interne, je rappelle qu'il doit être validé dans les six années après la première inscription au DES. La philosophie de la réforme du troisième cycle de 2017 vise à soutenir la thèse avant la fin de l'internat.

Il a été mis en évidence plusieurs paramètres influant sur le bon déroulé de la thèse (24).

Il existe des facteurs dépendants de l'interne :

Certains peuvent ralentir le projet, tels que sa motivation, le volume important des activités extra-professionnelles, les grands événements de vie, un changement de sujet.

D'autres favorisent son aboutissement, c'est le cas d'une affinité pour la recherche, l'existence d'un projet professionnel à court terme.

Les autres paramètres déterminant la bonne avancée du travail de thèse sont la disponibilité, la formation et l'expérience du directeur de thèse ainsi que l'accompagnement pédagogique proposé par le Département de Médecine Générale.

La Formation des directeurs de thèse

Ainsi, un des leviers d'action primordial pour la qualité de la production scientifique des internes de Médecine générale est la bonne disponibilité de directeurs de thèse formés.

Cette disponibilité fait partie des critères du directeur de recherche idéal :

Selon R.Prégent (25), celui-ci :

- Guide de façon compétente (aspects scientifiques et méthodologiques de la recherche)
- Etablit des engagements explicites avec l'étudiant
- Manifeste un intérêt véritable pour l'étudiant et le sujet
- Offre une disponibilité régulière et exclusive
- Fait preuve de réalisme (ampleur du sujet, durée des études, échéanciers)
- Soutient et encourage l'étudiant
- Favorise une communication claire
- Crée une relation interpersonnelle aisée, sûre et détendue
- Fait preuve d'un sens de l'écoute
- Sait questionner afin d'aider l'étudiant à « accoucher » de ses idées, sait expliquer et rétroagir

Les directeurs de thèses

Des travaux ont cherché à comprendre les motivations et les réticences à la direction de thèse.

Un des premiers arguments était le temps consacré, Jean-Baptiste Harriague a conduit un travail estimant à 28,18 heures par an le temps nécessaire à la direction d'une thèse. (26)

Selon une méthodologie qualitative menée par Stéphanie Rivière-Besnault (27), il semble que certains médecins picards ne trouvaient pas d'intérêt à la direction de thèse, ne se sentant pas assez formés et informés. Le rôle important de la Maitrise de

stage était confirmé, les MSU poursuivant le compagnonnage des internes par la direction de leur thèse.

Faciliter le travail de thèse

Des dispositifs de formation à la direction de thèse existent déjà. A la faculté de Lille, le Collège des Enseignants de Médecine Générale du Nord-Pas-de-Calais (CEMG) organise des formations générales à la direction de thèse puis des formations approfondies pour la direction de thèse qualitative et quantitative, en lien avec le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants).

Ces formations ont déjà été évaluées et confirment leur intérêt, les médecins formés sont plus nombreux à diriger des thèses et en dirigent plus individuellement (28).

D'autres actions reconnues ont été mises en place pour faciliter l'émulation autour du travail de Thèse, comme la création du module d'Auto-Formation ACTE (Accompagnement à la Création de la Thèse d'Exercice), ainsi que des ateliers d'écriture.

Un dispositif de validation de fiches de thèses pour s'assurer de la pertinence des sujets proposés a été mis en place par le Département de Médecine Générale de l'Université de Lille.

De plus, une Cellule de soutien méthodologique pour les internes a été créée par le CEMG.

Une liste des directeurs de thèses formés était mise à disposition des internes sur le site internet du CEMG avec leurs coordonnées, leurs champs de compétence et d'affinité. Cette liste n'est actuellement pas disponible.

Elle a été remplacée par une plate-forme internet de mise en relation entre internes et directeurs de thèse (29), celle-ci comptait 17 directeurs potentiels inscrits le 25/06/2022.

La première liste comprenait 55 directeurs de thèses. Avec environ 200 internes par promotion sur un DES de trois ans actuellement, il est indéniable que les internes rencontrent des difficultés à trouver un directeur de thèse. Un des leviers d'action est de former plus de médecins à la direction de thèse.

Néanmoins, l'intérêt pour la direction de thèse semble aléatoire et il semble difficile de trouver de nouveaux directeurs de thèses.

Se pose alors la question du processus de réflexion des Maîtres de Stages Universitaires du Nord-Pas-de-Calais, comment ont-ils abordé la réflexion qui les a conduits à prendre la décision de diriger, ou ne pas diriger une thèse de Médecine Générale ?

METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative, analysée de manière inductive, inspirée de la théorisation ancrée.

Echantillonnage

Les sujets étaient des médecins Maîtres de Stages Universitaires auprès de la Faculté de Médecine de l'Université de Lille, sélectionnés parmi la liste des MSU disponible sur le site du PAPS (30) (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé), mise à jour à chaque semestre.

Le but était de recueillir la plus grande diversité d'opinions. L'échantillonnage a ainsi été raisonné selon différents critères tels que : l'âge, le genre, le mode d'exercice, le lieu d'exercice, l'ancienneté de MSU, et l'expérience connue dans la direction de thèse.

Tous les participants exerçaient dans le Nord ou dans le Pas-de-Calais avec un agrément délivré par l'ARS au moment de l'entretien.

Recrutement

Les médecins étaient sollicités principalement par téléphone auprès de leur secrétariat ou par courriel si leur adresse était accessible librement ou faisait partie de l'annuaire universitaire.

Un entretien a été réalisé à la suite d'une sollicitation par un des médecins volontaires ayant accepté de participer à l'étude.

Recueil

Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Ces derniers suivaient le même protocole.

Ils débutaient par une présentation de la méthodologie et des modalités d'utilisation et d'accès aux données récoltées afin de recueillir le consentement oral éclairé.

Chaque entretien était enregistré utilisant un dictaphone de marque Sony IC Recorder ICD-UX200 doublé par l'application Dictaphone d'un Apple iPhone 11.

Le travail était mené suivant un guide d'entretien qui était actualisé régulièrement dans le but d'intégrer les éléments apportés par les précédents entretiens.

Le lieu et les modalités des entretiens étaient laissés à l'appréciation du médecin volontaire, en précisant au préalable qu'une rencontre en tête à tête dans un lieu calme était préférable.

Trois entretiens ont été menés par téléphone.

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la suffisance des données. Celle-ci est atteinte lorsque l'analyse d'un verbatim ne mettait pas en évidence de nouvel élément modifiant les résultats identifiés au préalable. Deux entretiens supplémentaires ont confirmé la suffisance des données.

Analyse

Une analyse inductive inspirée de la théorisation ancrée a été choisie afin de cerner le processus de réflexion qui amène à devenir, ou non, directeur de thèse. En effet, selon la théorie de l'interaction symbolique, les individus agissent en fonction du sens qu'ils attribuent aux objets physiques ou abstraits.

Le codage ouvert visait la création de nœuds définissant les éléments du discours. Le codage axial permettait de regrouper de manière inductive ces nœuds selon des

catégories conceptuelles définies par ses caractéristiques contribuant à l'élaboration d'une théorisation afin de proposer un modèle explicatif à notre problématique.

Le codage herméneutique était réalisé manuellement. Les enregistrements audios étaient retranscrits dans les soixante-douze heures suivant l'entretien à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word. La triangulation a permis de vérifier la transversalité de ces catégories et certaines étiquettes expérientielles ont été discutées.

Toutes les étapes de la réflexion ont été consignées dans un Journal de Bord, l'ensemble du travail cherchait à remplir les critères de qualités de la grille COREQ 32.

Ethique

Chaque participant a donné son accord oral au début de l'entretien. Un courrier d'information était remis afin d'informer des modalités de transcription de l'entretien avec anonymisation et son exploitation. Ils avaient accès aux retranscriptions et pouvaient à tout moment se retirer de l'étude avant parution des résultats.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration au Délégué à la Protection des données (DPO) de l'Université de Lille qui a attesté la conformité de cette étude à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. (2021-21 du 29 mars 2021)

RESULTATS

Description de l'échantillon

Entretien	Sexe	Directeur de thèse	Age	Distance faculté (km)	Exp. MSU (ans)	Type d'exercice
E1	Féminin	Non	60	130	10	Cabinet de Groupe
E2	Masculin	Non	60	150	15	MSP
E3	Féminin	Non	48	142	6	Cabinet de Groupe
E4	Féminin	Oui	60	19	16	Cabinet de Groupe
E5	Masculin	Oui	34	14	5	MSP
E6	Féminin	Oui	52	88	10	Seul
E7	Féminin	Oui	49	7	15	Seul
E8	Féminin	Oui	47	53	11	Cabinet de Groupe
E9	Masculin	Oui	48	75	5	Cabinet de Groupe
E10	Masculin	Non	63	60	13	MSP
E11	Masculin	Non	68	75	28	Seul
E12	Masculin	En cours	60	75	3	Cabinet de Groupe
E13	Féminin	Non	60	92	11	Cabinet de Groupe
E14	Masculin	Oui	49	60	14	Cabinet de Groupe
E15	Féminin	Oui	47	57	11	Seul
E16	Masculin	Non	32	121	1	Cabinet de Groupe

Seize entretiens ont été réalisés entre le 26 mars 2021 et le 14 juin 2022 et codés. Les entretiens ont duré en moyenne 43 minutes, allant de 28 minutes à 1h et 8 minutes.

Onze entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins interrogés, deux au domicile des MSU et trois par téléphone.

Environ la moitié des sollicitations sont restées sans réponses, dans ce cas de figure une première relance était effectuée. Quatre réponses négatives à la participation à cette étude ont été recueillies, les quatre MSU évoquaient un manque de temps à consacrer à un entretien semi-dirigé.

La genèse de la réflexion

Une grande majorité de MSU ont été confrontés à la décision de diriger une thèse ou non. Cette question émerge par sollicitation d'un interne reçu en stage ambulatoire, d'un étudiant encadré dans le cadre du tutorat ou via les listes de médecins formés diffusées par le CEMG. Un MSU peut également être sollicité par des confrères associés ou non, mais également par les responsables de la formation à la direction de thèse.

La relation avec l'interne

De la confiance...

Comme attendu, l'interaction avec l'interne est un des piliers de la réflexion amenant à diriger une thèse ou non.

Les MSU préfèrent diriger la thèse d'un interne qui leur est familier (E8 : « *je préfère avoir un interne que je connais qu'un interne que je connais pas* »). La raison principale évoquée est la fluidité de la relation de travail et du respect des attentes de chacun. (E8 : « *ils savent comment j'interagis* ») (E9 : « *je sais comment elle travaille* »).

C'est ainsi que les MSU impliqués dans la direction de thèse encadrent volontiers les internes reçus en stage ambulatoire, ou encore des internes connus via le tutorat. (E9 : « *quand on est tutoré [...], je sais si elle respecte ce qu'on lui demande en termes de timing. L'ancien interne pareil.* »)

A la confiance

La relation du directeur de thèse avec le thésard apparaît également comme plus intime que celle entre le MSU et l'interne reçu en stage. (E9 : « *il y a une dimension un petit peu plus personnelle* »), jusqu'à aboutir à une véritable amitié (E14 : « *l'amitié avec l'interne* »).

La responsabilité du directeur de thèse

De cette relation particulière naît un sentiment de responsabilité du directeur de thèse envers le thésard. Perçu comme un guide, le directeur de thèse devient caution de la qualité de la production de l'interne. (E6 : « *je voulais pas mettre l'interne en danger* »).

Les composantes du doute

Décrite comme chronophage (E1 : « *le frein, c'est le temps passé* »), la direction de thèse nécessite donc une remise en cause de l'organisation du MSU.

De nombreuses théories ont modélisé l'approche du changement comportemental, parmi celles-ci, nous pouvons retenir le modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et Di Clemente (Annexe 2). Celui-ci est largement utilisé en médecine et notamment en addictologie, dans le cadre des entretiens motivationnels. Cette comparaison peut paraître audacieuse mais des MSU affirment leur dépendance à la direction de thèse. (E6 : « *c'est comme une drogue [...] ça devient dangereux* »).

Des choix nécessaires

L'investissement dans la direction de thèse demande donc du temps et exige ainsi des sacrifices. (E7 : « *j'ai pas énormément de temps libre en fait [...] il faut faire des tris* »).

La réflexion autour de la direction de thèse semble principalement régie par ces décisions concernant la gestion du temps.

Un appui facultaire nécessaire

La faculté a rapidement été évoquée lors des entretiens, cela s'explique par la nature universitaire du travail de thèse. Le statut de MSU construit déjà une relation entre ces médecins et la faculté, celle-ci influe sur la décision de diriger une thèse.

Le DMG occupe une place tout au long du processus de décision, de l'idée de diriger une thèse à la soutenance finale, en passant par la formation des MSU à la direction de thèse.

Les MSU sont encouragés à diriger des thèses (E01 « *m'envoyer des dizaines de mails* »), mais de manière actuellement contre-productive (E03 « *je suis pas sûre que ce soit la bonne manière de motiver les maîtres de stage* »). (E01 : « *avec un peu plus de sympathie* »).

Il était évoqué une distance trop importante avec la faculté pour suivre les formations (E1 « *ça nous prend la journée* », E2 « *habitant à 150 km de la faculté...* »).

Les MSU semblent également découragés par de mauvaises expériences dans le cadre de leurs investissements facultaires (E14 : « *j'en ai parlé au DMG, je leur ai fait comprendre que j'étais un peu écœuré qu'on ne m'ait pas prévenu* »). Est également ressenti un sentiment de désorganisation (E08 : « *on a l'impression qu'ils sont toujours à la bourre, toujours débordés, on nous donne les informations a posteriori* ») (E05 : « *j'arrive pas à comprendre qui prend le relais au niveau du DMG* »).

La thèse : utile ?

Comme tout changement, la décision de devenir directeur de thèse s'établit en fonction des représentations de ce rôle et de sa pertinence. La représentation du travail de thèse constitue ainsi le socle de cette réflexion.

Les MSU sont conscients que la thèse de médecine générale a évolué (E04 : « *ça [ma thèse] n'avait rien à voir avec ce que je peux superviser maintenant comme directrice de thèse* ») (E2 : « *c'était pas une thèse de Médecine Générale* »). Ils sont également influencés par le ressenti de leur propre thèse (E1 : « *ça a vraiment été un passage obligé* », (E13 : « *le mauvais souvenir* »). Malgré des bases scientifiques reconnues

(E4 : « *Je pense que je ne suis pas assez scientifique* »), le travail de thèse en Médecine Générale est parfois incompris (E1 : « *la thèse, c'est quelque chose d'abstrait* »), jusqu'à être parfois minimisé (E3 : « *quelque chose qui tient du folklore* »), les médecins restent néanmoins attachés à celle-ci. (E3 : « *c'est concrétiser et officiellement devenir Docteur en médecine* »).

Directeur de thèse : mode d'emploi

Le doute est également nourri par la représentation du rôle de directeur de thèse et une méconnaissance de son rôle. (E1 : « *Je ne sais pas ce qu'on attend de moi en tant que directeur de thèse* ») (E13 : « *un mode d'emploi, quelque chose de très basique* »). Cette fonction apparaît comme impressionnante (E6 : « *pour moi être directeur de thèse c'était quelque chose d'inaccessible* »).

Un nouvel investissement

La direction de thèse est vue par les MSU comme un investissement supplémentaire. Les entretiens ont mis en lumière les composantes influençant la représentation de celle-ci.

Complémentaire à la Maitrise de Stage Universitaire

On retrouve en effet des racines communes aux rôles de MSU et de directeurs de thèses. D'une part ces deux casquettes traduisent la volonté des médecins de transmettre aux générations futures de praticiens, d'autre part elles mobilisent les mêmes qualités fondamentales. S'il ne fallait en citer qu'une, il s'agirait de la bienveillance. (E2 : « *Avec le thésard, je pense qu'il faut d'abord des compétences, de la bienveillance [...], je pense qu'à partir du moment où on est maître de stage, a priori, on en a quand même* »). Les MSU notaient également les nécessaires capacités de travail, d'organisation et de réflexivité, communes aux deux rôles.

A propos de l'organisation, il est mis en évidence une facilité pour les MSU recevant des SASPAS, le temps libéré par ce dernier étant investi dans la direction de thèse (E8 : « *Comme j'ai le SASPAS plusieurs fois par semaine, je m'arrange [...] pour faire le travail pédagogique derrière* »). Pour preuve supplémentaire, la grande majorité des MSU m'ayant reçu pour les entretiens m'ont accueilli alors que l'interne en SASPAS était en consultation.

Un investissement permanent

Si une partie des MSU reconnaît une complémentarité avec le rôle de directeur de thèse, d'autres relevaient des différences fondamentales.

Parmi celles-ci est citée le caractère permanent de l'investissement comme directeur de thèse, bien que pas forcément plus chronophage. En opposition à la maîtrise de stage qui reste au cabinet, conduire un travail de recherche mobilise les ressources lors du temps libre, les échanges avec le thésard s'effectuant en dehors de l'exercice libéral et la réflexion occupant parfois les périodes de repos. (E6 : « *j'y pense jour et nuit* »), (E4 : « *C'est là, et ça revient de temps en temps* »).

De tuteur à directeur

L'arrêté du 12 avril 2017 organisant le troisième cycle des études de médecine mentionne que chaque étudiant bénéficie d'un accompagnement individualisé par un référent pédagogique. Cela s'est traduit en pratique par la formation et l'attribution d'un tuteur pour chaque interne. Son rôle est double, il évalue les traces d'apprentissages produites par l'étudiant et revêt également un rôle de compagnonnage en étant son interlocuteur privilégié en cas de problématiques lors des stages et pour l'accompagner dans son projet professionnel.

On retrouve de nombreux tuteurs parmi les MSU avec des abords différents concernant ce nouvel investissement qui influencent la réflexion concernant la direction de thèses.

En effet, malgré une charge de travail supplémentaire et une organisation parfois perfectible (E2 : « *pour le tutorat, j'ai pas encore trouvé le rythme, ça se présente mal* » ; « *je maîtrise pas le truc, ne serait-ce que pour les problèmes d'accès à la fac* »), le tutorat crée des moments d'échange et parfois de convivialité entre médecins et internes aboutissant parfois au suivi d'un travail de thèse. (E8 : « *le fait de faire le tutorat m'a plus poussé à faire la direction de thèse* »). En effet, comme évoqué précédemment, le tuteur semble bien placé pour juger si la relation avec l'interne sera propice à l'encadrement de ses recherches.

Un investissement utile ?

L'implication dans la direction de thèse nécessite donc certains ajustements organisationnels. Dans ce cadre, les MSU cherchent à trouver une utilité à cet investissement. Au-delà, évidemment, de l'aide apportée aux internes, les MSU questionnent la plus-value de cette implication. Nous aurons l'occasion d'y revenir en détail mais la direction de thèse est perçue comme une fonction demandant une véritable formation et mettant en jeu des compétences, presque un métier à part entière (E7 : « *Si on veut des gens bien formés qui font ça sérieusement et qui ne se fatiguent pas, il faut se donner les moyens. Et c'est un métier* »).

Fréquemment mentionné comme bénévole, ce travail effectué cherche un autre but. La finalité est donc de donner sens à cet investissement pour améliorer la qualité des soins apportés aux patients. En effet, les médecins ne participant pas à la direction de thèse pourraient y réfléchir en cas de sujet particulièrement intéressant. (« E11 : *un*

sujet vraiment spécifique à la médecine générale, très très... je dirais terre à terre, très proche de l'activité que nous faisons, pas quelque chose d'hyperscientifique, d'hyperpointu, quelque chose, je sais pas moi, une étude sur ma patientèle, hein, les diabétiques de ma patientèle, ça ce serait..., ça pourrait être intéressant. »).

L'exercice de la Médecine Générale

Cela me permet une transition sur un aspect qui constitue le socle de la réflexion des MSU concernant la direction de thèse.

Les MSU sont avant tout des médecins, qui plus est, des médecins libéraux. Comme attendu, la qualité des soins et le respect des patients est au cœur de la réflexion. Dans un contexte de démographie médicale difficile avec une offre de soins en baisse et une demande en hausse, il est évoqué une conciliation ardue entre l'activité de soins et celle de recherche. La disponibilité pour l'interne se faisant au détriment de celle pour les patients (E10 : « [...] *faire autre chose que de la médecine de terrain et c'est malheureusement difficilement compatible avec la médecine de terrain, moi qui suis attaché à ma patientèle, comme beaucoup de monde.* »).

La confiance nécessaire

Comme attendu, il a été évoqué lors des entretiens que l'implication dans la direction de thèse nécessite une certaine confiance en soi. Celle-ci permet d'atteindre la représentation d'un directeur de thèse considéré comme « idéal ».

Représentation de la thèse

L'utilité du travail de thèse a été décrite précédemment comme une composante de la réflexion. A celle-ci s'ajoute d'autres éléments. La thèse est décrite comme un travail fastidieux et semble finalement peu connu des MSU au-delà de leur propre expérience. Les internes sollicitent parfois leur MSU pour apporter leur aide dans leur travail de thèse par défaut d'implication de leur directeur de thèse, contribuant à un a priori négatif de ce rôle (E13 : « *des internes me rapportent que quelque fois les directeurs de thèse m'illont parce qu'ils leurs parlent de la thèse d'un autre, qu'ils sont à côté de la plaque. Du coup ça ne se passe pas forcément très bien non plus, ça ne fait que rajouter à ma confusion.* »)

La représentation de la thèse est également façonnée par une éventuelle expérience personnelle de spectateur de soutenance ou encore de membre d'un jury de thèse.

Motivation

Les MSU définissent leur envie d'implication dans la direction de thèse. Il s'agit majoritairement d'une démarche altruiste envers les internes. Cette bienveillance se manifeste envers un interne par une relation privilégiée comme décrit précédemment. A noter parfois que cette relation peut se construire dans le cadre d'une future association professionnelle.

Elle peut également s'inscrire dans une démarche plus globale afin de « rendre » le temps libéré par les internes, notamment reçus en SASPAS. (E9 : « *je pense que c'est quelque chose qui est euh, une redevance envers les internes puisqu'ils nous libèrent du temps* »).

Une autre composante de cette motivation est la volonté de conserver une activité de recherche.

Il peut enfin s'agir d'une démarche enclenchée par des échanges avec des confrères ou d'autres MSU dirigeant des thèses. Cet effet de parrainage est bénéfique d'une part car il rompt la solitude de la démarche mais s'inscrit parfois dans une relation de hiérarchie. (E4 : « *mon associé [Professeur], qui m'a dit « il faut que tu fasses de la direction de thèse » - « bon d'accord. » [...] et ça me stresse beaucoup, beaucoup* »).

Capacités nécessaires ressenties

Perçu comme un guide, le directeur de thèse est représenté avec des qualités intrinsèques fondamentales. Celles-ci sont considérées par les MSU comme des prérequis à la direction de thèse. Je nomme ici les plus représentatives.

Beaucoup de MSU évoquaient une capacité importante d'organisation pour permettre une certaine disponibilité et réactivité lors des sollicitations du thésard. Tout en étant pédagogue, le directeur de thèse est perçu comme une personne passionnée et curieuse avec une grande capacité de travail et un attrait pour la littérature scientifique.

Une certaine créativité voire spontanéité est également perçue comme nécessaire.

Les MSU mettaient en balance ces capacités avec leurs qualités intrinsèques. Ils questionnent leur proximité avec la fin de leur activité et l'énergie nécessaire, leur personnalité, leur situation familiale ou l'exercice d'une autre activité médicale déjà chronophage.

Une formation indispensable

Participant à cette confiance, une bonne formation à la direction de thèse est un critère unanimement cité par les MSU ayant dirigé ou non des thèses. Les MSU sont informés du calendrier des formations assurées par les différents Collèges.

Certains médecins déclarent ne pas connaître les modalités et le temps nécessaire pour la formation quand d'autres ne s'y inscrivent pas.

Ces sessions semblent en effet inutiles pour les MSU ne voulant pas diriger de thèse.

(E3 : « *Peut-être qu'en participant à une formation ça m'aiderait à y voir plus clair hein, mais aujourd'hui une formation qui aboutira sur rien c'est pas quelque chose qui m'intéresse* »).

Elles sont en revanche décrites comme nécessaires par les MSU dirigeant des thèses.

(E4 : « *il faut faire les formations, ça c'est indispensable et plutôt deux fois qu'une !* »)

En revanche, elles apparaissent comme non suffisantes (E13 : « *Malgré la formation je ne sais pas, je n'ai pas bien intégré quelles étaient les différentes étapes, comment diriger une thèse* »).

Les MSU reconnaissent l'intérêt de ces formations et soulignent l'apport de connaissances sur la recherche et les ressources bibliographiques. Néanmoins, les attentes des médecins s'avèrent différentes, (E5 : « *ce serait mieux s'il y avait plus de ressources sur la méthodologie [...] il n'y a pas vraiment de bouquin adapté à la thèse en Médecine Générale* »).

Est ainsi attendu un « mode d'emploi pratique » de la direction de thèse.

Par ailleurs, un soutien méthodologique adapté est évoqué par les MSU afin de répondre aux questions qui émergent ou émergeraient lors de la direction de thèse.

(E5 : « *une permanence méthodologique pour la thèse* »).

Le directeur de thèse étant un guide, il s'agit de se former pour former les thésards. Les bases apparaissant comme nécessaires pour le travail de recherche sont décrites par les MSU. Ces derniers estiment qu'un bon directeur de thèse est formé à la veille bibliographique, à la lecture scientifique, à l'anglais et à l'écriture scientifique.

Un rôle qui fait peur

Diriger une thèse fait peur aux MSU, les composantes de celle-ci sont exprimées par les MSU.

Echec

La principale peur est d'échouer à être un bon directeur de thèse, celle-ci contribue à un manque de confiance et un sentiment d'illégitimité. Cet échec est d'autant plus effrayant car il met en jeu le thésard qui en subirait les dommages collatéraux, mettant en péril la bonne relation avec cet étudiant.

Une source de conflits

Cette relation directeur-étudiant peut également faire peur en étant source de divergences de point de vue. La relation entre directeur et thésard étant décrite comme plus intime, des divergences alors inconnues peuvent émerger. Cette peur est d'autant plus présente chez les MSU ayant vécu une expérience relationnelle traumatisante avec un interne reçu en stage au cabinet.

La direction de thèse peut également entrer en conflit avec des valeurs personnelles. Ainsi, les MSU évoquent une incompatibilité avec des éléments intrinsèques comme l'âge, la personnalité, le mode d'exercice.

Des conséquences néfastes

Les conséquences de l'implication comme directeur de thèse font également peur. Les sacrifices évoqués impactent la vie de famille et le temps libre personnel (E14 : « *il faut trouver un juste milieu et que ça coïncide avec ma vie privée* »). Cette nouvelle organisation nécessite de nombreux changements et une remise en cause d'un fonctionnement actuel allant contre une certaine inertie.

Inexplicable

Enfin, comme toute peur, celle-ci est décrite comme sans fondement. (E4 : « *il y a des gens où c'est pas motivé, où c'est irrationnel, peut-être qu'il veut pas parce qu'il a pas assez de temps, parce qu'il juge qu'il ne va pas savoir le faire convenablement* »)

Une exposition au jugement

Cette peur est également alimentée par une exposition à diverses opinions.

Des internes

Le premier juge est le thésard, les MSU se voient en effet souvent confidents des internes, et l'attitude des directeurs de thèse est parfois un sujet de discussion entre l'étudiant et le Maître de Stage.

Des confrères

Certains MSU ont vu commenté leur investissement facultaire par les confrères. (E6 : *« ça n'a pas arrangé la relation avec les autres médecins [...] c'est honorifique, juste pour mousser un peu »*).

Des patients

Par ailleurs, certains MSU redoutent que la disponibilité nécessaire pour la direction de thèse ne se fasse au détriment des patients. Ces derniers expriment parfois leur opinion sur l'investissement de leur médecin traitant dans la maîtrise de stage. (E3 : *« j'ai droit à des petites remarques. »*). Au-delà de la disponibilité, les MSU minimisent l'impact de la direction de thèse sur les patients. (E6 : *« Alors les patients ne savent pas du tout ce que c'est que diriger une thèse »*).

Des proches

Un nouvel investissement nécessitant de sacrifier du temps personnel a forcément un impact sur la vie familiale. Les MSU craignent les conséquences sur l'équilibre de celle-ci. (E3 : *« c'est que mon mari me dirait « ça suffit t'en fais trop », donc faut que j'arrête »*).

Certains MSU investis dans la direction de thèse ont expérimenté des conséquences néfastes sur leur équilibre personnel et ont ainsi arrêté la direction de thèse.

Du jury

La soutenance est un moment qui apparaît redouté par les MSU. Constituant l'aboutissement de la thèse, le jury, composé d'un président, d'assesseurs et du directeur de thèse, évalue le travail du thésard. Chacun expose alors ses arguments concernant la production de l'interne. Le fait de s'exprimer ainsi est perçu comme intimidant (E14 : « *Devoir parler, s'exprimer, devant du monde, des professeurs, c'est pas toujours aussi simple que ça, il faut savoir aussi prendre sur soi pour réussir à gérer son stress et beaucoup, quand j'entends certains de mes collègues c'est ça.* »).

Malgré cette exposition au jugement, les MSU reconnaissent l'apport de la direction de thèse.

Progresser grâce à la direction de thèse

Un groupe restreint

La direction de thèse est reconnue comme un moyen de développer ses compétences en appartenant à une catégorie de médecins universitaires (E10 : « *l'appartenance d'un groupe de médecins enseignants* »). Ce statut apporte une gratification personnelle et professionnelle.

Un projet de carrière

La direction de thèse est une fin pour certains MSU mais peut également constituer un moyen de progresser dans une carrière universitaire, afin de remplir les objectifs

de publication requis. (E5 : « *je voulais commencer à encadrer pour pouvoir, dans le cadre de la carrière universitaire, pour pouvoir publier des articles, qui seraient issus de ces thèses.* »)

Améliorer sa pratique médicale

Par ailleurs, un objectif du directeur de thèse est de devenir un meilleur médecin (E10 : « *une certaine sublimation de notre état de médecin généraliste* »). Cette amélioration des pratiques s'effectue par l'apport direct du travail de thèse (E8 : « *Sur les thèses que j'ai encadrées on a peut-être tendance à plus regarder le patient qui vient pour ce problème et peut être d'être plus précis sur cette question* »). Les MSU soulignent également l'apport de l'acquisition d'une méthodologie de recherche : (E5 : « *ça veut dire que on prend, on sait lire des articles scientifiques, on sait évaluer les biais, du coup on est plus à même d'avoir une lecture critique* »).

Une source d'épanouissement

Au-delà d'un apport sur leur pratique, la direction de thèse est un moyen pour les MSU de combler leur volonté de participer à la recherche en médecine générale. (E6 : « *j'ai jamais su quitter la fac, ça m'a toujours impressionné, ça m'a toujours intéressé* »).

Il s'agit donc d'un épanouissement professionnel permettant de diversifier le quotidien et de contrebalancer la solitude ressentie lors de l'exercice de la médecine générale. Ces facteurs sont protecteurs contre l'épuisement professionnel.

Mais les bénéfices sont également personnels par la socialisation et le dépassement de soi avec l'acquisition de nouvelles compétences. Ce rôle permet de nombreux apports (E9 : « *c'est un bénéfice intellectuel, un bénéfice personnel, je fais ça aussi, je fais quelque chose pour les autres, je fais quelque chose pour moi-même, parce*

qu'il y a des choses intéressantes dans toutes les thèses, les résultats sont intéressants, mais c'est aussi voilà, savoir rendre service à ses jeunes collègues. »).

Cet épanouissement personnel est également conforté par la valorisation de la direction de thèse.

La reconnaissance du directeur de thèse

Par l'interne

Le directeur de thèse tire une gratification de sa bienveillance envers l'interne, permettant de faire perdurer sa relation avec lui. Ce rôle est d'autant plus symbolique qu'il s'agit d'un moment de vie important (E3 : *« Après euh c'est un peu comme une étape dans la vie on se dit « j'y ai participé » parce que voilà, c'est quelqu'un de valeur »*)

Des pairs

Les MSU expriment un sentiment d'admiration envers leurs pairs ayant le statut de directeur de thèse (E1 : *« moi en tant que directeur de thèse je le voyais comme quelqu'un de (hésite) de super compétent mais pas accessible à mon niveau voilà »*).

Franchir ce cap permet ainsi d'accéder à la reconnaissance des pairs.

Personnelle

En écho à l'épanouissement personnel, la direction de thèse est également un moyen d'acquérir de nouvelles compétences globales qu'elles soient en organisation et en communication. Ces limites repoussées contribuent à augmenter la confiance en soi

et donnent le sentiment d'une plus grande efficacité, entre autres, dans l'exercice de la médecine.

Des instances

Les médecins pointent en revanche le sentiment d'un manque de reconnaissance du statut du directeur de thèse. Ce constat est accentué par l'absence de rémunération de cet investissement. Les MSU relèvent également des instances qui encouragent peu l'investissement. (E8 : « *c'est l'absence totale de reconnaissance, euh facultaire.* »).

Une discipline en construction

Par ailleurs, la direction de thèse est reconnue par les MSU comme un moyen de contribuer à la production de recherche en Médecine Générale et ainsi participer au rayonnement de la discipline. (E14 : « *si c'est pour avancer un petit peu en Médecine Générale. Laisser une petite trace, encore une fois, à son niveau.* »)

DISCUSSION

Résultat principal

Le directeur de thèse est représenté par les MSU comme un être doté de qualités intrinsèques minimales pour assurer cette fonction. Leur fonction universitaire permet de rencontrer des internes. Peut alors se poser la question d'accompagner un étudiant pour sa thèse. Ce nouvel investissement amène de nombreuses interrogations et responsabilités nécessitant de la confiance. Malgré les progrès multiples amenés par la direction de thèse et la reconnaissance qu'elle confère, celle-ci fait peur car elle nécessite un bagage pédagogique et expose au jugement. (Figure 1)

La prise de décision finale apparaît basée sur la compatibilité avec l'activité de soin du MSU, ce dernier désirant avant tout ne pas nuire à ses patients en étant moins disponible.

Les médecins cherchent également à donner un sens à cette nouvelle fonction, celle-ci doit leur sembler utile par exemple en améliorant directement leur pratique ou en apportant des informations sur la patientèle.

Diriger une thèse peut également être une fin en soit, elle sert un projet de carrière, dans le cadre d'un clinicat notamment. Elle peut également être le moyen de renforcer le lien avec un interne en vue d'une future collaboration professionnelle ou pour renforcer un lien d'amitié.

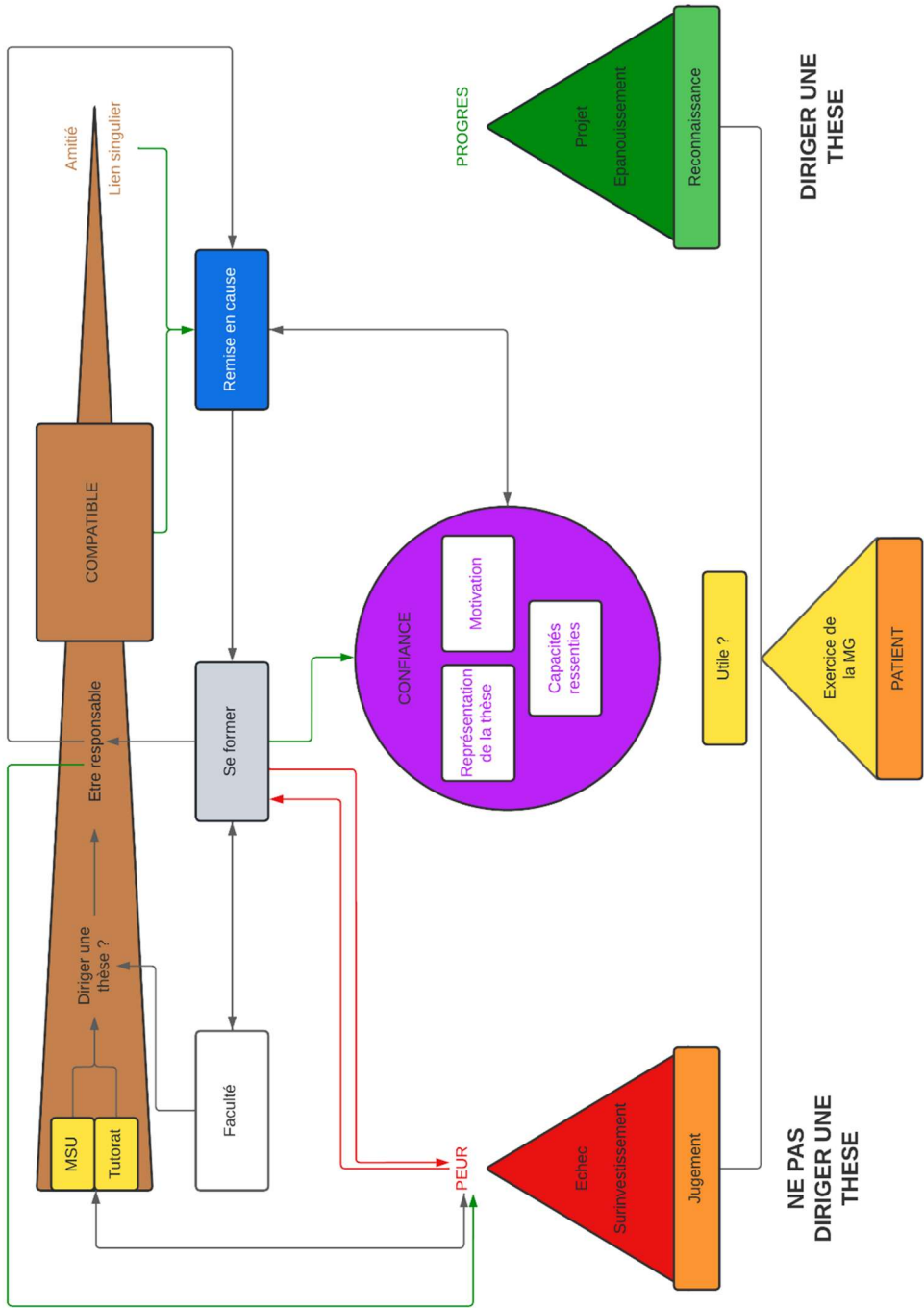
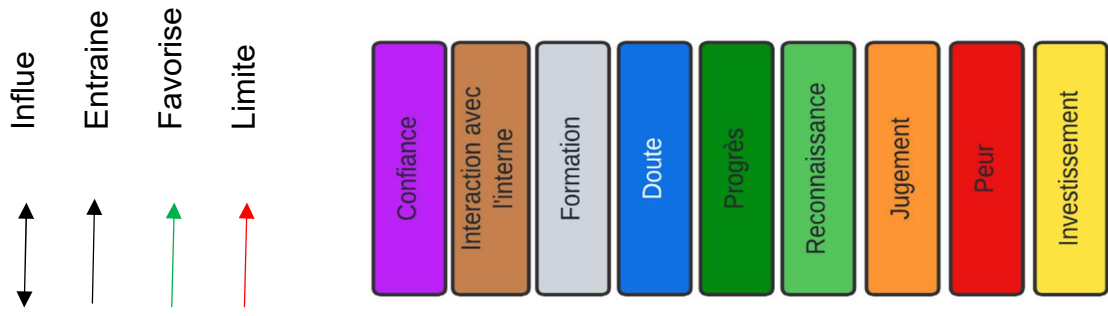


Figure 1 : Diriger une thèse ? Processus de réflexion des MSU

Les MSU sont conscients que la fonction de directeur de thèse nécessite une formation, ils connaissent les sessions proposées mais attendent des ressources pratiques et un accompagnement plus personnalisé dans leur fonction.

Leurs différents investissements facultaires amènent les MSU à échanger avec le Département de Médecine Générale de la faculté. Les médecins attendent des échanges fluides et personnalisés afin d'optimiser leur organisation.

La peur de diriger une thèse revêt une origine composite. La principale est la mise en échec de l'interne par une carence personnelle de formation. Les médecins relaient également leur surmenage face à un métier de plus en plus exigeant ainsi que la nécessité de garder du temps pour leur vie familiale.

Les directeurs de thèse retrouvent plusieurs sources de reconnaissance pour cet investissement : de celle des internes pour le service rendu au regard des pairs, les motifs de satisfaction sont nombreux. Cet épanouissement est renforcé par le sentiment de participer au rayonnement de la discipline. Les médecins attendent en revanche que celle-ci se traduise par un plus grand appui institutionnel.

Comparaison avec la littérature

Motivations et freins à la direction de thèse

Lors de leur réflexion pour diriger une thèse ou non, les MSU décrivent les mêmes motivations et réticences qui ont été décrites par le Dr Stéphanie Rivière-Besnault en 2018. (27)

Les MSU sont en effet avant tout des médecins. Cependant, l'hypothèse selon laquelle les MSU sont plus enclins à diriger des thèses, étant donné leur investissement universitaire, semble avoir de la peine à se vérifier. Même si l'interne SASPAS libère un temps précieux, celui-ci semble phagocyté par les autres casquettes que peuvent

constituer le tutorat et l'enseignement, ou ce temps est utilisé pour la gestion administrative du cabinet.

La thèse du Dr Delys (31) relatait déjà en 2012 que peu de MSU notaient une diminution de la charge de travail.

Ce temps disponible nécessaire pour la direction de thèse est d'autant plus difficile à dégager car il s'agit de temps hors du cabinet, empiétant ainsi sur la vie personnelle. En complément du travail de Jean-Baptiste Harriague qui estimait à 28,18 heures par an le temps nécessaire à la direction d'une thèse (26), on précise ici que ce temps est dépendant de plusieurs facteurs et notamment de l'autonomie de l'interne dans la conduite de son travail de thèse. Autant que le temps consacré, c'est l'imprévisibilité et la souplesse nécessaire à la direction de thèse qui font peur aux MSU.

Une histoire de confiances

Cette peur est exacerbée par la responsabilité morale du directeur de thèse envers l'interne qu'il guide dans son travail. Cette confiance mutuelle nécessaire entre un interne et son directeur conduit les MSU à choisir plus facilement des internes dont ils connaissent la méthode de travail et le savoir-être, et donc souvent des internes reçus en SASPAS ou connus via le tutorat.

Au-delà de la confiance réciproque, la confiance en ses compétences nécessaires pour diriger une thèse est un pilier de la réflexion des MSU.

Elle répond à la peur du schéma de l'effet « Dunning-Kruger » (32), à savoir ignorer sa propre ignorance par rapport à un sujet. (Figure 2)

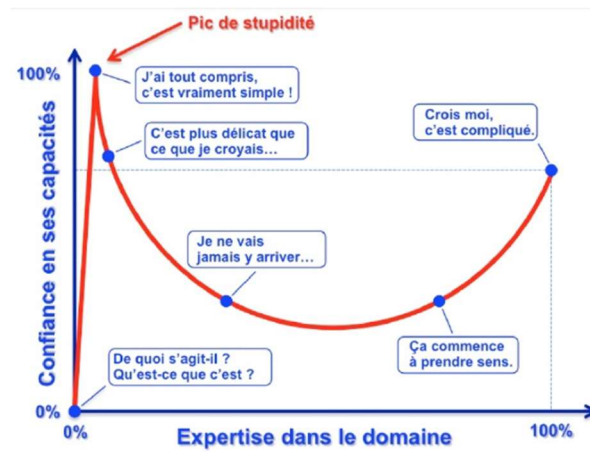


Figure 2 Effet Dunning-Kruger

Cette courbe inversée peut expliquer le découragement des apprenants tant qu'ils n'ont pas l'expertise suffisante pour reprendre confiance en leurs capacités.

L'impossible conciliation entre vie personnelle et professionnelle ?

Parmi les composantes de la peur de diriger une thèse, est retrouvé le fait que celle-ci se répande comme une tache d'huile sur la vie personnelle.

Le travail de thèse de 2020 du Dr Lemaire (33) s'intéressait à cet équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle chez les universitaires. Il était reconnu que l'activité universitaire protégeait la santé mentale en diversifiant l'activité mais que celle-ci s'effectuait au détriment des activités personnelles et ajoutait une charge de travail pouvant être délétère et contribuant à l'abandon de ces activités.

Former à former

Les difficultés du travail de direction de thèses sont identifiées depuis longtemps, notamment depuis l'émergence de la méthode qualitative. Au-delà des formations proposées par les DMG, un des freins était l'inexistence d'ouvrages références pour la direction de thèse. Le GROUM.F (Groupe Universitaire de recherche qualitative

Médicale Francophone) a ainsi récemment publié « Initiation à la Recherche qualitative en santé » (34), ouvrage adressé aux thésards mais également aux médecins.

Forces

Objet d'étude

Une des forces de cette étude est d'être la première menée dans la région s'intéressant aux directeurs de thèse.

Il s'agit de la première étude à notre connaissance s'intéressant à la population particulière des MSU pour ce thème.

Méthodologie

Un soin particulier a été apporté à la méthodologie afin de se rapprocher des standards de qualité du travail de recherche qualitative ou COREQ32.

Le guide d'entretien a été adapté au fur à mesure de l'avancée des travaux, un journal de bord permettait le suivi de l'étude.

L'échantillonnage théorique visait à maximiser la variabilité des profils en fonction des critères prédéfinis et évolutifs.

La triangulation du codage a permis de potentialiser la validité interne de l'étude.

Limites

Population étudiée

La population étudiée ne comprenait que les MSU de la faculté de Médecine rattachés à l'Université de Lille, excluant les MSU de l'Université Catholique de Lille.

Méthodologie

Le manque d'expérience du chercheur a engendré une mauvaise qualité initiale du journal de bord.

Par ailleurs, le codage réalisé de manière manuscrite a certainement augmenté la durée de l'étude, expliquant une longue période de recueil du matériel. Un codage assisté par un logiciel dédié type Nvivo® aurait pu contribuer à diminuer cette période et diminuer le risque de biais de mémoire.

Biais de recrutement

De nombreux MSU sollicités, directeurs de thèse ou non, n'ont pas apporté de réponses à mes demandes d'entretien, quand d'autres ont refusé l'entretien, majoritairement pour une raison d'indisponibilité, biaisant ainsi les résultats. Il s'agissait majoritairement de médecins d'un âge inférieur à 40 ans.

Biais d'information

3 des 16 MSU interrogés connaissaient l'investigateur avant l'entretien. Néanmoins, ces derniers ne connaissaient pas le sujet avant l'enregistrement.

Effet Hawthorne

La valorisation du travail de thèse par les directeurs peut expliquer ce biais, les médecins étant conscients de participer à un travail de recherche la transcription de leur motivation pourrait ainsi s'en trouver augmentée. Comme le faisait remarquer une thèse récente (35), cet effet ou ces effets Hawthorne induisent plusieurs biais : biais d'observation, biais de participation mais également un biais de désirabilité sociale.

Perspectives pour la recherche

Etat des lieux des MSU directeurs de thèse

Afin de pouvoir suivre la proportion des MSU impliqués dans la direction de thèse, il serait intéressant de mener une étude quantitative exhaustive auprès des MSU afin d'établir le nombre exact de MSU directeurs de thèses, cette étude pourrait inclure des données démographiques et des données précises concernant le type de thèses dirigées par exemple et constituerait une base pour une comparaison future.

Quid de l'impact géographique ?

Les travaux qualitatifs existants évoquant la direction de thèse étaient menés en Picardie et en région Aquitaine. Mener un travail à propos des MSU-directeurs de thèse dans d'autres régions permettrait de recueillir d'autres données et d'identifier d'autres déterminants encourageant et freinant la direction de thèse, afin de pouvoir les comparer avec les données de cette production.

Le tutorat en maturation

Le tutorat a été largement évoqué par les MSU, à la fois alibi pour des liens entre les internes et les médecins, il constitue parfois un point de friction entre ces derniers et la faculté. On rappelle ici la rapidité de sa mise en place à la suite de la dernière réforme du troisième cycle. Un travail étudiant le processus de réflexion des médecins pour devenir tuteur serait une source de matériel à comparer.

Perspectives pour l'enseignement et la formation

Conforter les MSU dans leur rôle

La bienveillance et l'investissement des MSU semblent devoir être confortés, il apparaît important d'évaluer l'épanouissement des médecins encadrants et d'identifier les points pouvant être améliorés par chacun des acteurs. Le travail effectué dans cette thèse évoque l'importance pour les MSU d'une bonne fluidité de communication avec la faculté ainsi qu'un accompagnement plus personnalisé. Une valorisation financière rapide et transparente semble faire partie des demandes des médecins.

Favoriser les échanges entre les internes et les MSU

L'inquiétude des MSU est nourrie par le risque d'un partenariat difficile entre le potentiel thésard et son directeur. L'accueil d'un interne en SASPAS ou le tutorat d'un interne sont des moyens d'établir des relations entre MSU et étudiants. Le suivi d'un Groupe d'Echanges de Pratiques semble également être un bon moyen pour les médecins d'apprécier les qualités des futurs praticiens. Néanmoins on peut imaginer la création d'autres lieux d'échanges comme des forums présentiels, des entretiens individualisés ou des moments plus conviviaux.

Mettre en confiance les directeurs de thèse potentiels

Les MSU reconnaissent la nécessité de bases théoriques en recherche afin de diriger une thèse. Ils attendent néanmoins une formation plus individualisée. Celle-ci peut se traduire par la mise en place d'un système de compagnonnage entre directeurs de thèse avec des moments d'échanges avec des directeurs ayant plus d'expérience. Ce type de dispositif existe déjà à l'initiative, entre autres, du GROUM.F et pourrait être

conforté en désignant une personne ressource pour chaque nouveau directeur de thèse.

Une cellule de thèse a été mise en place par le Collège des Enseignants en Médecine Générale afin d'apporter une aide méthodologique aux thésards et/ou directeurs de thèse. Celle-ci semble connaître un déficit de notoriété car elle n'a pas été évoquée par les MSU.

La publication d'ouvrages de référence abordant la direction de thèse de manière pratique est attendue par les MSU, l'ouvrage déjà cité sur la recherche qualitative publié par le GROUM.F atteint cet objectif, un tel ouvrage plus généraliste ou encore traitant des outils statistiques utiles à une thèse viendrait encore en complément du module ACTE (Accompagnement à la Création de la Thèse d'Exercice) proposé par la faculté.

Valoriser la direction de thèse

« Toute peine mérite salaire » cet adage prend encore plus de sens pour les MSU qui sacrifient leur temps libre ou leur temps de soin afin de se consacrer à la direction de thèse. Si l'accueil d'un interne de second niveau permet de libérer un temps précieux, celui-ci apparaît insuffisant selon les MSU.

De plus, les qualités requises et le niveau d'expertise demandé pour encadrer une thèse ont souvent été évoqués par les MSU comme trop élevés pour que la direction de thèse demeure bénévole.

Au-delà d'une rétribution directe, une valorisation globale de la recherche pourrait s'inspirer du modèle anglais. En effet Le *Royal College of General Practitioners* est à l'initiative d'un investissement en recherche en Médecine Générale et en soins primaires. Dès 1995, le Rapport Mant établissait un état des lieux de la recherche en

soins primaires et concluait à un plan de développement de celle-ci. Des réseaux de médecins généralistes ont ainsi reçu un soutien financier pour participer à des travaux de recherche. (6) (Annexe 3)

Valoriser la direction de thèse passe également par une meilleure valorisation du travail de thèse en lui-même, il semble ainsi nécessaire de poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité des thèses de Médecine Générale et de favoriser la publication de ces travaux.

Des directeurs de thèses mieux reconnus

La reconnaissance financière serait une première attente des MSU, mais ces derniers aspirent à ce que cet investissement soit reconnu par ailleurs.

Tout d'abord par la faculté en améliorant son organisation pratique.

On peut par ailleurs imaginer inclure cet investissement, à l'instar de la maîtrise de stage universitaire, dans les rémunérations forfaitaires de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) ou encore une meilleure prise en compte dans le Développement Personnel Continu, comme évoqué en introduction.

Vers une valence unique ?

Comme évoqué dans la thèse du Dr Lemaire de 2020, l'activité universitaire est source d'enrichissement pour le médecin généraliste.

Il était néanmoins souligné la conciliation nécessaire entre les trois valences de chaque Médecin Généraliste Universitaire, à savoir la part soin, la part enseignement et la part recherche, le tout en conciliation avec la vie personnelle.

Il est reconnu que le développement simultané des trois valences est difficile et certains pays comme le Canada ou l'Australie en privilégient une seule au début de la carrière universitaire. Néanmoins, cette approche peut sembler comporter ses limites tant la frontière entre enseignement, recherche et soin apparaît perméable.

CONCLUSION

Dans un contexte de réflexion autour de la création d'une quatrième année de DES de Médecine Générale, est établi le constat d'un nombre insuffisant de directeurs de thèse.

La plupart des Maîtres de Stages Universitaires ont déjà réfléchi à encadrer le travail d'un thésard.

Il apparaît que la direction de thèse fait peur. En effet, elle est perçue par les médecins comme une fonction impliquant une responsabilité importante, mobilisant des qualités innées et acquises spécifiques tout en exposant directement au jugement.

Cet investissement est vécu comme exigeant et chronophage.

Par ailleurs, les MSU sont inquiets de l'intégration du suivi du thésard dans leur organisation de médecin soignant, celle-ci ayant déjà été modifiée par l'accueil d'internes au cabinet.

Les formations actuelles à la direction de thèse apparaissent nécessaires mais les praticiens attendent des ressources pédagogiques facilement accessibles et un accompagnement plus personnalisé afin de gagner en confiance.

Les MSU sont conscients des vertus de la direction de thèse et de son intérêt pour le rayonnement de la discipline, néanmoins son manque de reconnaissance par les différentes instances et les sacrifices nécessaires constituent des facteurs limitant les vocations.

Médecins avant tout, la disponibilité des médecins libéraux pour leurs patients est au cœur de la réflexion, il semble ainsi nécessaire de concilier le travail de thèse avec l'activité de soin tout en gardant un équilibre personnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article L632-4 - Code de l'éducation - Légifrance [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033746532/
2. La réforme du 3ème cycle des études de médecine - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
3. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
4. Historique du CNGE [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/historique_du_cnge/
5. Projet de loi relatif à la modernisation sociale [Internet]. [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/a00-276/a00-2762.html>
6. Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions - PDF Free Download [Internet]. [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/11279102-Developper-la-recherche-en-medecine-generale-et-en-soins-primaires-en-france-propositions.html>
7. Pacte Territoire Santé 2 : Quoi de neuf pour les internes de médecine générale ? [Internet]. ISNAR-IMG. 2016 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pacte-territoire-sante-2-quoi-de-neuf-pour-les-img/>
8. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
9. Démarche et Méthodes de DPC [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc
10. Le Parcours triennal [Internet]. CMG. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/le-parcours-triennal/>
11. Les orientations nationales prioritaires [Internet]. CMG. [cité 25 févr 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/les-orientations-nationales-prioritaires/>
12. Labonde B, Plotton C, Charles R, Gocko X. Directions, contenus, valorisations des thèses de médecine générale. *Médecine. Exercer.* nov 2019;15(9):427-32.

13. Czerny E, Lepaux V. Thèses de médecine générale dirigées par des généralistes : de nouvelles méthodes pour de nouveaux objets. *Sante Publique*. 2019;Vol. 31(5):703-10.
14. Levasseur G, Schweyer FX. [Research in general medicine, role of the medical thesis]. *Sante Publique*. juin 2003;15(2):203-12.
15. Balva H, Tanguy M, Fanello S, Garnier F. Étude comparative des thèses de médecine générale soutenues à la faculté de médecine d'Angers de 1997 à 1999 et de 2007 à 2009. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2012;13(3):159-69.
16. Jourdan S. Universitarisation de la médecine générale : à propos des thèses d'exercices. Thèse de Médecine. Faculté d'Aix Marseille; 2018, 29p.
17. Huas D, Cadwallader JS. Pourquoi les médecins généralistes ne semblent-ils pas concernés par la recherche ? L'étude Diagest 3-GP. *Exercer*. févr 2008;(80 suppl 1):48-9.
18. Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. Comment les généralistes envisagent-ils de participer à la recherche dans leur spécialité ? *Exercer*. févr 2011;(95 suppl 1):56-7.
19. HOLUE C. Recherche en soins primaires : tout reste à faire. *Concours médical*. 2017;139(1):11.
20. Biard M, Beuzeboc J. Désir de participation à la recherche des médecins généralistes. L'étude DéPaR-MG. Thèse de Médecine. Faculté de Rouen ; 2017, 69p.
21. Teisset Y, Lehr Drylewicz AM. Perception du travail de thèse par les internes de médecine générale de la faculté de Tours. Thèse de Médecine. Faculté de Tours ; 2012, 102p.
22. Konieczny J, Frappé P. Échecs des projets de thèse en médecine générale. *Exercer*. 2011;(99):180-5.
23. Toillon Y. Évolution de la perception des thèses de médecine générale à la faculté de médecine de Grenoble entre 2014 et 2017. Thèse de Médecine. Université de Grenoble Alpes ; 2018, 51p.
24. Barbarin F. Les travaux de thèses des jeunes médecins généralistes en 2015, dix-huit mois après la fin de l'internat à Bordeaux : situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de soutenance et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse. Thèse de médecine. Université Paris Descartes; 2015,122p.
25. Prégent R. L'encadrement des travaux de mémoire et de thèse - Conseils Pédagogiques aux directeurs de recherche. Québec: Presses internationales polytechniques; 2001.
26. Harriague Jean-Baptiste. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour diriger une thèse de médecine générale en Aquitaine. Thèse de Médecine. Université Bordeaux II; 2010,198 p.

27. Riviere-Besnault PS. Comprendre les motivations et les réticences des médecins généralistes de Picardie à la direction de thèse. Thèse de Médecine. Université de Picardie ; 2018, 41p.
28. Bouvier B, Huas D. Évaluation d'une formation à la direction de thèse. *exercer* 2012;103:165-8.
29. DMG Director [Internet]. Disponible sur: <https://facmed.univ-lille.fr/dmgdirector>
30. Services Agréés [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/services-agrees>
31. Delys S. Avantages et inconvénients liés à la maîtrise de stage : conséquences sur les intentions des Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais. Thèse de Médecine. Université Lille 2 ; 2013, 63p
32. Heutte J. Psychologie positive et formation des adultes : le flow ou le plaisir de comprendre tout au long de la vie. *Savoirs*. 2020;54(3):17-61.
33. Lemaire R. L'activité universitaire: balance bénéfice/risque sur l'équilibre professionnel et personnel du médecin généraliste. Thèse de Médecine ; Rouen, 2020, 86p
34. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Londe JG de la, Lustman M, médecine).) AM (directeur de thèse de, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. *Global média santé*; 2021. 192 p.
35. Berbra O. Effet Hawthorne: Revue Bibliographique. Thèse de Médecine. Université de Lille;2019, 39p

ANNEXES

Annexe 1: Parcours triennal de DPC pour la Médecine Générale

COLLÈGE de la MÉDECINE GÉNÉRALE PARCOURS TRIENNAL DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU POUR LA MÉDECINE GÉNÉRALE



Pour valider son parcours triennal, le médecin généraliste doit avoir réalisé au moins 3 actions de formation totalisant au moins 21 heures. Au moins une de ces actions doit être une action cognitive. Au moins une de ces actions doit être une action d'analyse des pratiques.

Une action intégrée valide simultanément ces deux conditions.

- Seules les actions indépendantes des structures proposant des produits ou services prescrits par les médecins généralistes (industrie pharmaceutique, prestataires de santé à domicile, établissements thermaux, etc.) peuvent être prises en compte dans la validation.
 - Lorsque les actions n'entrent pas dans le cadre d'un DPC indémêlé par l'Agence nationale du DPC (ANDPC), le Collège de la Médecine Générale se réserve le droit de ne pas reconnaître comme validantes les actions qui s'avèreraient trop éloignées des enjeux de la discipline.
 - Le Collège de la Médecine Générale rappelle que le consensus international établit le besoin idéal de formation en médecine à 40 heures par an.

ACTIONS COGNITIVES = acquisition de connaissances	ACTIONS D'ANALYSE DES PRATIQUES = travail sur sa pratique personnelle	ACTIONS LIBRES
<p>Présentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> > Action proposée par un ODPDC dans une orientation prioritaire* HAS > Demi-journée ou journée de formation par une association > Congrès national ou international <p>Non présentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> > Action proposée par un ODPDC dans une orientation prioritaire* HAS > Formation en ligne ou e-learning HAS <p>Enseignement</p> <ul style="list-style-type: none"> > Préparation ou intervenant d'actions institutionnelles de formation > Enseignement universitaire en 1^{er}, 2^e ou 3^e cycle <p>Lecture scientifique</p> <ul style="list-style-type: none"> > Réunion formalisée de revue bibliographique > Abonnement à une revue avec text de lecture en rapport avec la médecine générale HAS > Journal club 	<ul style="list-style-type: none"> > Action proposée par un ODPDC dans une orientation prioritaire* > Audit clinique HAS > Bilan de compétences HAS > Chemin clinique HAS > Patient traqueur HAS > Réunions de concertation pluridisciplinaire : 12 réunions sur 3 ans HAS > Revue de pertinence des soins HAS > Groupes d'analyse des pratiques : 12 réunions sur 3 ans HAS > Staff d'une équipe médico-soignante : 12 réunions sur 3 ans HAS > Participation à des séances d'ETP ou élaboration de programme ETP : 12 réunions sur 3 ans HAS <p>Recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> > Participation à des études cliniques ou épidémiologiques > Publications, reviewing, communications en congrès <p>Gestion des risques</p> <ul style="list-style-type: none"> > Action proposée par un ODPDC dans une orientation prioritaire* HAS > Participation à un réseau de vigilance <p>Registres et indicateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> > Registre, observatoire, base de donnée institutionnelle : participation ou élaboration HAS > Suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins HAS > Revues de morbi-mortalité : participation régulière HAS <p>Responsabilité collective pour la spécialité</p> <ul style="list-style-type: none"> > Missions d'expertise pour le Collège de la Médecine Générale HAS > Participation à l'élaboration de nouvelles recommandations > Participation à l'élaboration de nouvelles organisations territoriales (CDS, ESP, MSP, CPTS) 	<ul style="list-style-type: none"> > Action agréée par le Fond d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) en rapport avec la médecine générale > Possibilité pour le médecin de proposer une action à valider par le CNP. Le CNP jugera après demande de la proposition de formation (a priori) ou sur pièces (a posteriori)
<p>ACTIONS INTÉGRÉES = cognitif + analyse des pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> > Programme intégré proposé par un ODPDC dans une orientation prioritaire* > Tests de concordance de scripts > Simulation en santé > Vignettes cliniques <p>Encadrement professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> > Tutorat, maîtrise de stage > Autres formes d'encadrement <p>Démarches en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> > Exercice coordonné et protocole d'une équipe pluriprofessionnelle de soins en ambulatoire > Accréditation des médecins et des équipes médicales > Gestion des risques en équipe 		

CDS : Centre de santé, ESP : équipe de soins primaires, MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle, CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé ; DU : diplôme universitaire, DIU : diplôme inter-universitaire
 HAS : indique que l'action doit suivre une méthode validée par la Haute autorité de santé selon la liste en vigueur sur le site : https://www.has-sante.fr/lms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc
 ODPDC : Organisme de développement professionnel continu. Leur liste est consultable sur le lien suivant : <https://www.odepccdc.fr/organismes-de-dpc-recherche-un-organisme>
 Orientations prioritaires : la liste des orientations prioritaires est consultable sur le lien suivant : <https://www.odepccdc.fr/le-dpc/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2020-2022>

*Pour toutes les actions présentielles ou non proposées par un ODPDC enregistré, la validation de l'action inclut les médecins impliqués dans la préparation d'une action ou orateurs lors d'une session d'ODPC.

Annexe 2: Modèle transthéorique des changements de comportements

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Annexe. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente

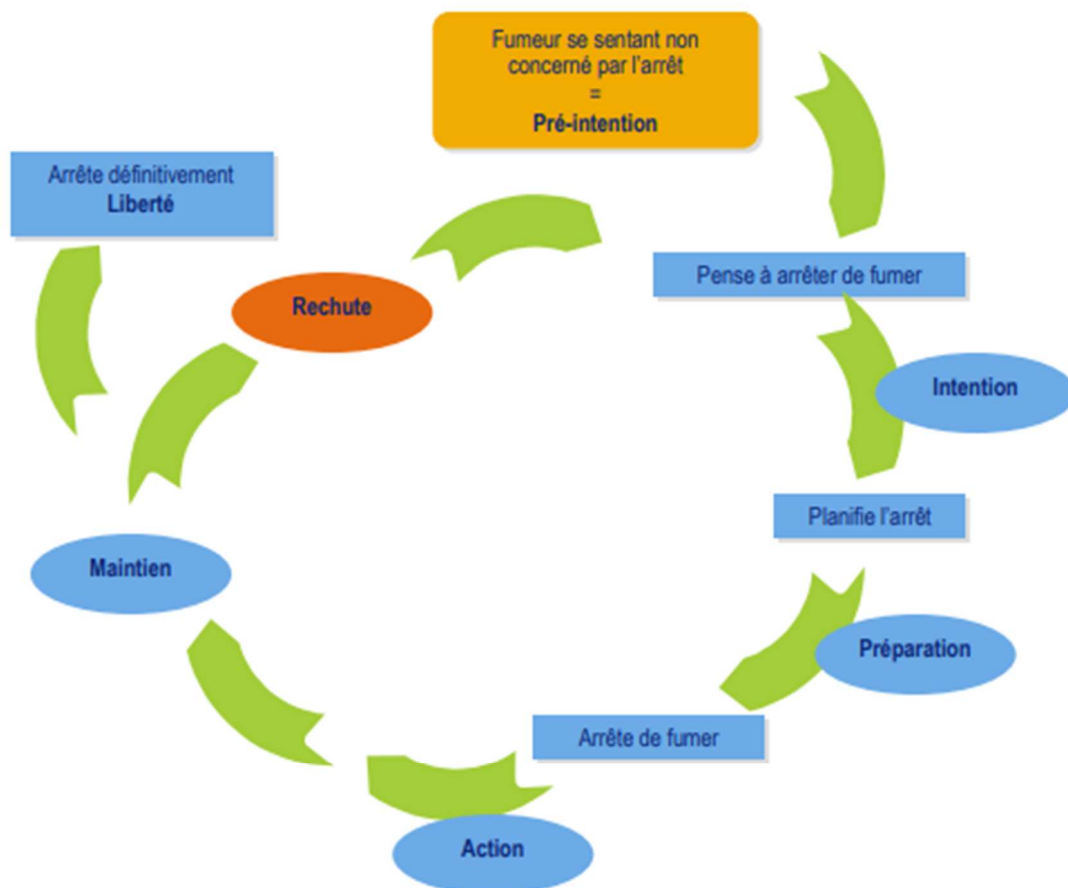
Le modèle transthéorique développé par Prochaska et DiClemente¹ est une théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant de s'occuper d'arrêter de fumer.

Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- la pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- intention : il pense à arrêter de fumer ;
- préparation : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;
- action : il est activement engagé dans le changement ;
- maintien / liberté : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

D'après cette théorie très connue, les programmes qui aident les gens à arrêter de fumer devraient être adaptés à l'étape de préparation au sevrage où ils se trouvent. Ils sont conçus pour les faire progresser d'étape en étape vers la réussite.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve (le cycle de Prochaska décrit ces étapes d'un changement de comportement). À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.



¹ Références : Prochaska *et coll.*, 1992 ; Prochaska *et coll.*, 1997.

Annexe 3: La recherche en Médecine Générale au Royaume-Uni (6)

Le *Royal College of General Practitioners*, fondé en 1952, est à l'origine d'un investissement en recherche en médecine générale et en soins primaires. Un comité de la recherche a été créé en 1953, dans le but d'encourager les médecins généralistes adhérents au RCGP de mener des travaux à partir de leurs cabinets, recherches coordonnées au niveau national par le Collège. La tradition d'une recherche épidémiologique et de santé publique en médecine de première ligne est ancienne au Royaume-Uni. La première chaire universitaire de médecine générale a été fondée en 1963. Depuis, le nombre de chaires n'a cessé d'augmenter. En 1969 il existait 5 chaires universitaires de médecine générale, en 1986 toutes les facultés de médecine en étaient dotées (24) et le mouvement s'est continué avec la création de 7 nouvelles universités. Les départements de médecine générale comportent des effectifs de médecins, d'enseignants chercheurs en sciences sociales, de statisticiens et d'épidémiologistes. Le Rapport Mant recensait 335 médecins généralistes avec des positions académiques en 1995, sur un total de 32 000 médecins généralistes, soit 11% de la spécialité.

En 2001, l'ensemble des départements de médecine générale avait bénéficié de 452 contrats de recherche, dont 170 pour un montant supérieur ou égal à 100 000 £ et 8 pour un montant supérieur à 1 Million de £. 5 départements avaient le plus haut classement en termes de qualité scientifique au *Medical Research Council*.

Cet état des lieux positif masque le fait qu'une véritable impulsion en termes de recherche a été donnée par le Ministère de la Santé (Department of Health) à la suite de la publication du rapport Mant. Ce rapport est le fruit du travail d'un comité sous la présidence du Professeur David Mant, Directeur de la Recherche et du Développement au NHS. L'objet en a été la recherche et le développement en soins primaires. Le rapport part du constat d'un sous-investissement de la communauté de recherche sur un domaine qui pourtant, recouvre une très large part des services de santé offerts à la population. Le domaine couvert par le Comité a dépassé le cadre de la médecine générale. Le rapport fait état des réalisations passées des départements de médecine générale et du RCGP, tout en mettant en avant l'insuffisance des moyens mis en œuvre. Par ailleurs, le Comité adopte une définition large des soins primaires qui englobent la médecine générale.

A l'issue de ce rapport, un plan ambitieux de développement sur cinq ans a été mis en œuvre par le Ministère de la Santé, avec une série d'actions à trois niveaux : l'investissement dans la formation des professionnels à la recherche, l'investissement dans les infrastructures de la recherche, enfin le financement des recherches en propre. Ce serait 5 millions de livres qui ont été investies sur 5 ans pour les deux premières actions, et 12 millions de livres pour le financement de projets de recherche.

L'investissement dans la formation des professionnels s'est fait par le soutien à des études doctorales et post-doctorales. En cinq ans, 20 médecins généralistes ont obtenu des bourses doctorales, 6 des bourses post-doctorales.

L'investissement en infrastructure a pris plusieurs formes. Des réseaux de médecins généralistes ont reçu un agrément et un soutien financier pour les inciter à participer à des travaux de recherche initiés par les départements universitaires (les *Primary Care Research*

Networks). Cette initiative est venue compléter une initiative plus ancienne du RCGP, qui avait également créé le label de « Research Practice » pour distinguer des cabinets médicaux qui avaient montré leur capacité à s'insérer dans des travaux de recherche universitaire (1995).

Une deuxième action a consisté à financer des postes de chercheurs et des chaires de recherche au sein des équipes universitaires de recherche en soins primaires.

Un appel d'offre à la création de centres d'excellence en recherche en soins primaires a été lancé, garantissant un financement récurrent sur 5 ans dont le renouvellement était soumis à évaluation scientifique. Huit « primary care academic units » ont été sélectionnées dans le cadre de ce programme.

Enfin, le NHS a créé un centre national de recherche en soins primaires, rattaché à l'Université de Manchester et à l'Université de York : le « National Primary Care R&D Centre », dirigé par le Professeur Bonnie Sibald. Ce centre emploie 40 chercheurs de plusieurs disciplines et 20 personnels de soutien, et dispose d'un budget annuel de 2,5 millions de livres. Le NPCRDC doit allier recherche de qualité et réponses aux besoins des décideurs publics. Par ailleurs, il a une responsabilité importante en termes de diffusion des résultats de la recherche auprès des professionnels de santé.

Le financement de programmes de recherche (le Joint Primary Care Initiative) a été lancé conjointement par le Ministère de la Santé et le Medical Research Council. Il a été doté de 12 millions de Livres sur 5 ans. Il fonctionne par appel à projets.

Un deuxième rapport, le Walport Report, préparé sous la responsabilité du Directeur du Wellcome Trust, a également émis des recommandations pour impulser des travaux de recherche clinique au Royaume-Uni. Ce rapport a eu un impact indirect sur la recherche menée par des médecins généralistes. En effet, il a recommandé que les réseaux de recherche en soins primaires financés par la première initiative se regroupent et se rattachent à des centres académiques de référence. Cette initiative a donc introduit une sélection certaine parmi les réseaux existants sur la base de leur capacité à participer à des essais cliniques en respectant des critères de qualité.

L'inscription des sciences sociales dans la recherche en soins primaires est à l'heure actuelle encore jugé difficile par le Département de la Santé. Le rapport Mant avait souligné la difficulté que rencontraient les chercheurs en sciences sociales à valoriser leurs travaux en soins primaires dans leur champ disciplinaire d'origine.

Annexe 4 : Guide d'entretien - Version initiale

Pouvez-vous vous présenter ?

Détaillez-moi votre parcours professionnel

Age

Situation familiale

Localisation

Mode d'exercice

Ancienneté MSU

Avez-vous des formations particulières ?

Comment êtes-vous devenu MSU ?

Ancienneté

Parlez-moi de votre thèse

Année

Relation avec votre directeur de thèse

Décrivez-moi votre journée type

Organisation par rapport au statut de MSU

Organisation (éventuelle) par rapport à la direction de thèse

Quelle expérience de la direction thèse avez-vous ?

Déjà proposé à ou par un thésard ?

Influence statut MSU

Investissement

Ancienneté

Motivations

Freins

Qualités d'un directeur de thèse ?

Relation avec faculté ?

Que diriez-vous à un ami qui veut diriger une thèse ?

Annexe 5: Critères COREQ 32 - traduction française

Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

Annexe 6 : Verbatims anonymisés et carte heuristique

Disponibles sur

https://1drv.ms/u/s!AhZguosBe_Dwg6x22hxepMOEZg5cQ?e=coV3od

Mot de passe :

thesejbd

AUTEUR : Nom : DESENCLOS

Prénom : Jean-Baptiste

Date de soutenance : 14 septembre 2022

Titre de la thèse : Diriger une thèse de Médecine Générale ? Réflexion des Maîtres de Stages Universitaires du Nord-Pas-de-Calais

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Pédagogie, Médecine Générale, Thèse, Recherche, Direction de thèse, MSU

Résumé :

INTRODUCTION : Dans le cadre d'une éventuelle 4^e année du DES, les 200 internes de Médecine Générale de chaque promotion inscrits à la faculté de Médecine de Lille devraient passer leur thèse durant l'internat. Cependant, le nombre de directeurs de thèse formés apparaît inférieur aux besoins. Les travaux existants suggèrent une implication plus facile des Maîtres de Stages Universitaires (MSU) dans la direction de thèse, ces derniers ayant déjà un investissement pédagogique. L'objectif de cette étude est de comprendre comment les MSU ont abordé la réflexion qui les a conduits à diriger, ou non, une thèse de Médecine Générale.

METHODE : Etude qualitative réalisée entre mars 2021 et juin 2022 par entretiens semi-dirigés auprès de 16 MSU de la faculté de Médecine de Lille. Analyse inspirée de la théorisation ancrée avec triangulation du codage.

RESULTATS : La plupart des MSU ont déjà envisagé de diriger, ou non, une thèse. Ce rôle impliquant une importante responsabilité inquiète et nécessite de connaître l'interne au préalable et d'instaurer un climat de confiance. Ce nouvel investissement demande des sacrifices et doit être considéré comme utile, sans pénaliser les patients. Un accompagnement facultaire efficace apparaît ainsi nécessaire. Malgré le progrès que constitue ce travail et la reconnaissance qu'il apporte, cet investissement fait peur car il nécessite un bagage pédagogique et expose au jugement.

CONCLUSION : La direction de thèse est décrite comme exigeante et chronophage. Par ailleurs, les MSU sont inquiets de l'intégration du suivi du thésard dans leur quotidien de médecin soignant, déjà organisé autour des internes reçus au cabinet. Les praticiens attendent des ressources pédagogiques facilement accessibles et un accompagnement plus personnalisé afin de gagner en confiance. Les MSU sont conscients des vertus de la direction de thèse et de son intérêt pour le rayonnement de la discipline, néanmoins, son manque de reconnaissance institutionnelle et les sacrifices nécessaires constituent des facteurs limitant les vocations.

Médecin avant tout, la disponibilité des médecins libéraux pour leurs patients est au cœur de la réflexion, il semble ainsi nécessaire de concilier le travail de thèse avec l'activité de soin tout en gardant un équilibre personnel.

Composition du Jury :

Président : Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur : Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : Docteur Fawaz JOOMUN