

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Faut-il « supprimer » le rôle
du secrétaire de séance tenu
par l'interne lors des Groupes
d'Echange et d'Analyse de
Pratique ?**

RENIER Anthony |

Né le 14/09/1999 à ANGERS (49)

Sous la direction de Mme la Professeure Catherine DE CASABIANCA |

Membres du jury

Mme la Professeure JUDALET-ILLAND Ghislaine | Présidente

Mme la Professeure DE CASABIANCA Catherine | Directeur

Mme le Docteur BORG Béatrice | Membre

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussigné(e) RENIER Anthony
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 11/07/2026

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussigné(e) RENIER Anthony
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 11/07/2026

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE		HYGIENE HOSPITALIERE
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
ASFAR Pierre	REANIMATION	LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	LACCOURREY Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE
	MEDECINE GENERALE	LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
BELLANGER William	REANIMATION		
BELONCLE François	CARDIOLOGIE	LEBDAI Souhil	UROLOGIE
BIERE Loïc	UROLOGIE	LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BIGOT Pierre	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE
BOUCHARA Jean-Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE
BOUET Pierre-Emmanuel	GASTROENTEROLOGIE- HEPATOLOGIE	LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE
BOURSIER Jérôme	RHUMATOLOGIE	LEROLLE Nicolas	REANIMATION
	ENCRIINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE
BOUVARD Béatrice	PHARMACOLOGIE	LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
BRIET Claire	CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE	MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
	NEUROLOGIE	MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE
CAMPONE Mario	PHARMACOLOGIE/ PHYSIOLOGIE	MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE		NEUROCHIRURGIE
CLERE Nicolas	GENETIQUE	MENEI Philippe	REANIMATION
	ANATOMIE, CYTOLOGIE	MERCAT Alain	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CODRON Philippe	PATHOLOGIE	ORVAIN Corentin	RADIOLOGIE
COLIN Estelle	PEDIATRIE	PAISANT Anita	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE
COPIN Marie-Christine	PHYSIOLOGIE	PAPON Nicolas	CHIMIE GENERALE
	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	PASSIRANI Catherine	PEDIATRIE
COUTANT Régis	MEDECINE GENERALE	PELLIER Isabelle	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
CUSTAUD Marc-Antoine	PHARMACOGNOSIE	PETIT Audrey	
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE		
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE
DERBRE Séverine		PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE
DESCAMPS Philippe		PROCACCIO Vincent	GENETIQUE
D'ESCATHA Alexis		PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
			CARDIOLOGIE
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET REANIMATION	PRUNIER Fabrice	MEDECINE GENERALE
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	PY Thibaut	MEDECINE GENERALE
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	RAMOND-ROQUIN Aline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;	REYNIER Pascal	BIOSTATISTIQUE
DUCANCELLE Alexandra	HYGIENE HOSPITALIERE		ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	RIOU Jérémie	
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	RINEAU Emmanuel	
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
	CARDIOLOGIE		
FURBER Alain	PNEUMOLOGIE	ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
GAGNADOUX Frédéric	PSYCHIATRIE D'ADULTES	ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOHIER Bénédicte	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
GUARDIOLA Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE		ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GUILET David	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	ROUSSELET Marie-Christine	MEDECINE D'URGENCE
HUNAUULT-BERGER Mathilde	IMMUNOLOGIE	ROY Pierre-Marie	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
JEANNIN Pascale	MEDECINE GENERALE	SAULNIER Patrick	
JUDALET-ILLAND Ghislaine	PSYCHIATRIE		
KAZOUR François		SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE
		SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
		SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE

TESSIER-CAZENEUVE
Christine
TRZEPIZUR Wojciech
UGO Valérie
URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE

PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

VENARA Aurélien

VENIER-JULIENNE Marie-
Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

PHARMACOTECHNIE

NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES

HINDRE François
JOUSSET-THULLIER Nathalie
JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim

BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
SANTÉ
PNEUMOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE

BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril
BELIZNA Cristina
BENALLEGUE Nail
BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien

IMMUNOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE INTERNE
PEDIATRIE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE

LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise
LE ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume

MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE

BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoît
BRIS Céline

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHIMIE ANALYTIQUE
ORL
NEPHROLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

MALLET Sabine
MAROT Agnès

MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD Sandrine
PAILHORIES Hélène
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne

IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SOCIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

BRUGUIERE Antoine
CAPITAIN Olivier

CHABRUN Floris

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
MEDECINE GENERALE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DE LA READAPTATION

PENCHAUD Anne-Laurence
PEUROIS Matthieu
PIHET Marc

CHAO DE LA BARCA Juan-
Manuel
CHOPIN Matthieu
CORVAISIER Mathieu
DEMAS Josselin

DESHAYES Caroline
FADEL Marc

BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

ROGER Emilie
SAVARY Camille

FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
GHALI Maria
GUELFF Jessica
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François

BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
IMMUNOLOGIE
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE
MEDICALE
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE
BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE

SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET Laurence
SUTEAU Valentine

TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION
THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE

HAMON Cédric
HELESBEUX Jean-Jacques
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin

ECER

HASAN Mahmoud

PRCE

AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène
PAST-MAST
AUBRUCHET Hélène

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

GALENIQUE

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

PHARMACIE DEUST PREPARATEUR

BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie

OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR

CAVAILLON Pascal

PHARMACIE INDUSTRIELLE

CHAMPAGNE Romain

MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION

DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

OFFICINE
MEDECINE INTENSIVE-
REANIMATION

KAASSIS Mehdi
LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-GRANDIERE Lucia
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal

GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION
PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES INFECTIEUSES
NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE

SAVARY Dominique
TORREGGIANI Massimo
PLP
CHIKH Yamina
AHU
ROBIN Julien

MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE

ECONOMIE-GESTION

DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS

Au Professeur JUDALET-ILLAND pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse.

Au Professeur DE CASABIANCA pour avoir accepté de diriger la thèse et m'avoir accompagné dans ce travail.

Au Dr BORG pour avoir accepté de faire partie du jury de thèse et pour tous tes conseils durant le stage en ta présence.

A tous les maitres de stages qui m'ont accompagné durant les différents semestres. Vous m'avez tous beaucoup appris à travers vos qualités humaines et professionnelles.

Aux autres professionnels de santé que j'ai pu rencontrer durant les différents stages avec qui j'ai apprécié travailler.

A mes parents qui ont toujours été présents et soutenant. Merci pour votre bienveillance et tout votre amour dans lequel vous nous avez fait grandir et que vous continuez de nous donner.

A mon frère et ma sœur qui ont pu « s'exercer » en s'occupant de moi de la meilleure des manières avant de faire de merveilleux enfants. Merci pour tous les bons moments que l'on peut passer ensemble.

A ma belle-sœur ainsi qu'à mon beau-frère qui a été l'objet de ma première action de prévention avec une vidéo maintenant mémorable.

A vous mes quatre loulous qui êtes présents dans mon esprit très régulièrement et une source de fierté. Ne grandissez pas trop vite, le camping-car et la gestion de restaurants au Lac de Maine attendront. Je sais que vous deviendrez de belles personnes comme vos parents et je serai là pour vous quoi qu'il arrive.

A mes cousins et cousines pour toutes les cousinades ou autres activités que l'on peut faire ensemble et qui sont toujours des super moments.

A toi Mamie qui t'es toujours occupée et aussi préoccupée (c'est de famille) de nous. Je t'embrasse fort.

Au reste de la famille, à mes oncles et tantes, mes grandes-tantes sans oublier les personnes qui ne sont plus parmi nous.

A tous mes amis rencontrés pour certains dès le collège et d'autres bien plus tard au cours des études. J'apprécie tous votre compagnie et nos moments de partage. Merci pour tous les moments de rigolades et de soutien qui ont pu survenir et qui continueront je n'en doute pas.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Analyse de chaque séance

- 1.1 GEAP n°1 : 2 récits de situations cliniques
- 1.2 GEAP n°2 : 2 récits de situations cliniques
- 1.3 GEAP n°3 : 1 récit de situation clinique
- 1.4 GEAP n°4 : 2 récits de situations cliniques
- 1.5 GEAP n°5 : 2 récits de situations cliniques
- 1.6 GEAP n°6 : 1 récit de situation clinique

2. Principaux résultats

DISCUSSION ET CONCLUSION

FORCES ET LIMITES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Dans le cadre du DES de médecine générale à Angers, les enseignements facultaires prennent la forme soit d'enseignements transversaux à propos de thématiques définies soit de groupes d'échange et d'analyse des pratiques (GEAP). Le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) a convenu que ces derniers seraient au nombre de 10 séances lors de la phase socle et de 11 séances au cours de la phase d'approfondissement.

Les GEAP sont définis par la Haute autorité de Santé (HAS) comme un « petit groupe de professionnels qui se réunissent régulièrement pour analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratiques » (1). Ainsi, à chaque séance, des situations cliniques authentiques vécues sur les lieux de stages sont racontées par les internes et donnent lieu à une discussion sur les pratiques professionnelles. Elles permettent de développer des compétences professionnelles attendues pour de futurs médecins généralistes(2).

Le contenu de chaque rencontre est tracé par un « interne-secrétaire » désigné uniquement pour une séance, dans un écrit synthétisant les échanges où figure entre autres: diagnostic de situation, identifications des problèmes posés, des réponses apportées, références bibliographiques citées.

Ce compte-rendu au terme de la rencontre est envoyé à tous les participants.

La réalisation de traces écrites et leur intérêt dans la formation a fait l'objet de nombreux articles(3). Ils énoncent l'exercice nécessaire pour l'interne de travail de reformulation de synthèse, de développement de la posture réflexive permettant d'améliorer leur niveau de compétence. Cela justifie l'utilisation du compte-rendu de séance comme outil d'évaluation de l'interne.

Or une thèse récente intitulée « Avis des étudiants de 3ème cycle sur les groupes d'échange et d'analyse de pratique » soutenue à Angers en 2024 a montré que les internes étaient

réticents à occuper cette fonction. Ils relataient la difficulté à être à la fois participant actif et occupé par la prise de note (4).

Devant l'émergence des outils numériques et de l'intelligence artificielle dans la construction des apprentissages, il peut être intéressant d'étudier l'apport de cette dernière dans l'aide à la rédaction d'un compte-rendu de séance (5,6). Cet outil est par ailleurs utilisé de manière informelle dans certaines rencontres organisées en France par des sociétés savantes ou groupes de pairs sans être à ce jour évaluées.

L'objectif principal de l'étude est de comparer le contenu d'un compte-rendu (CR) de séance de GEAP via l'utilisation d'un logiciel d'intelligence artificiel à celui réalisé uniquement par prise de note humaine .

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative analytique comparant les CR d'un GEAP, de novembre 2025 à mai 2026. Ce GEAP était constitué de 15 internes en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). Le contenu des échanges a été retranscrit manuellement par le secrétaire de séance et par une IA.

Les internes ont été informés de l'étude en cours, de l'enregistrement de ces séances, de l'utilisation de leurs comptes-rendus. Ils ont signé un formulaire de consentement mentionnant notamment l'anonymisation des données.

Il a été décidé de prendre comme modèle la grille critériée du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) destinée à l'évaluation des récits de situation clinique authentiques sous la forme d'une échelle de Lickert à trois items (présent, absent, non évaluable) (Annexe I). Celle-ci a été modifiée de manière à faire apparaître les éléments transposables aux comptes-rendus de GEAP. Pour la construire, il a été décidé de suivre le format des séances de GEAP. Une première partie était réservée aux messages d'actualités puis un second temps à la présentation de cas cliniques amenant à une discussion et des questionnements. La grille interrogeait la formulation d'un diagnostic de situation, les problématisations émanant de la situation racontée, les familles de situations abordées et les compétences professionnelles développées. Elle prenait également en considération les erreurs de sens.

Concernant le choix de l'outil artificiel, l'application GEREMY a été sélectionnée après un recours à la bibliographie sur les applications disponibles et leur utilisation dans la genèse de compte-rendu. Il a également été testé au DMG lors d'une réunion de travail entre animateurs de groupe . Devant l'absence d'étude comparant ces applications dans le champs de la santé

et leur nombre croissant, il a été décidé de sélectionner GEREMY qui combinait une certaine praticité à une simplicité d'utilisation et un coût restreint.

Concernant le recueil de données, l'application GEREMY utilisée répondait au règlement général sur la protection des données (27/04/2016). Ainsi, l'enregistrement audio était détruit après la retranscription faite. Les données ont été hébergées sur des serveurs certifiés hébergeurs de données de santé (HDS) qui avaient vocation à renforcer la protection des données de Santé à caractère personnel. Aussi, GEREMY s'engageait à ne conserver aucune trace des comptes-rendus dès-lors qu'il était demandé la suppression des dits comptes-rendus.

L'application propose plusieurs modèles de comptes-rendus offrant des modèles allant du synthétique au format détaillé. De manière à avoir un format similaire à celui des comptes-rendus réalisés par une intelligence humaine, il a été décidé d'utiliser le format « réunion ».

Les comptes-rendus rédigés par chaque secrétaire de séance étaient envoyés par mail à l'ensemble du groupe à l'issue de chaque rencontre et étaient ainsi récupérés par le chercheur. L'analyse de ces comptes-rendus a été réalisée en utilisant un tableau comparatif, les différents items étaient notés. Des commentaires étaient faits lors de différences avérées.

Comme critère de jugement principal était retenu l'apparition du diagnostic de situation dans le compte-rendu de séance.

Comme critère d'exclusion, il a été retenu une séance sans situation clinique abordée.

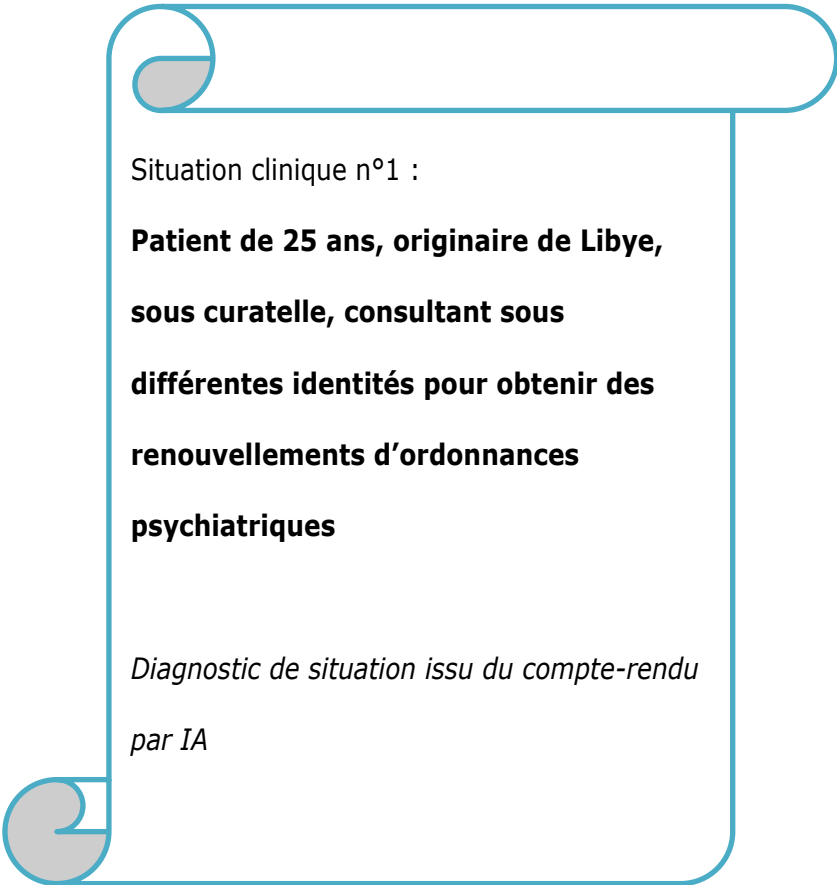
Cette étude n'a pas vocation à une publication ou une communication orale.

RÉSULTATS

1. Analyse de chaque séance

1.1 GEAP n°1 : 2 récits de situations cliniques

L'introduction de la rencontre avec les messages d'actualités et les discussions sur les recherches était similaire entre les deux comptes-rendus.



Situation clinique n°1 :

**Patient de 25 ans, originaire de Libye,
sous curatelle, consultant sous
différentes identités pour obtenir des
renouvellements d'ordonnances
psychiatriques**

*Diagnostic de situation issu du compte-rendu
par IA*

Dans la première situation racontée, la narration des situations était similaire entre les deux comptes-rendus concernant la complexité et le diagnostic de situation.

Il existait une différence concernant l'élaboration de la démarche décisionnelle. Dans le compte-rendu fait par l'IA (CR IA), il n'était pas mentionné l'origine de la suspicion de trafic d'ordonnance, à savoir des ordonnances multiples rédigées par différents médecins et un appel au Centre Médico-Psychologique(CMP) pour connaître l'historique des rendez-vous. Il n'était

pas non plus mentionné le fait que durant une consultation l'ordonnance n'avait pas été délivrée devant la forte suspicion de trafic d'ordonnance. Il apparaissait également un élément inexact concernant cette histoire « *suspicion de trafic d'ordonnance confirmée par le CMP de Rennes* » alors qu'il n'y a pas eu de confirmation, ce qui est une erreur de sens.

Il existe une différence dans la problématisation avec les problématiques soulevées par l'interne n'apparaissant pas dans le CR IA contrairement au CR humain (CR H) qui lui les décrivaient : « *comment aider le patient à reprendre un suivi, entrer dans le soin ?* », « *question du trafic d'ordonnance : comment lutter en tant que médecin généraliste ?* »

Pas d'apparition des questions et des réponses dans le CR IA pour ne laisser apparaître que les thèmes abordés : « *discussion sur les limites du médecin généraliste face au trafic d'ordonnance* », « *importance de la sécurisation des prescriptions* »

Le CR humain permettait de laisser une trace des questions et réponses apportées par le groupe : « *pourquoi deux créneaux de consultations la première fois ?* », « *peut-on créer une relation de confiance ?* »

Concernant les apprentissages réalisés, les deux comptes-rendus se montraient équivalents avec notamment les outils possibles en cas de suspicion de trafic d'ordonnance nommés.

Situation clinique n°2 :

Patiente consultant en urgence pour des idées suicidaires avec difficulté d'adhésion aux soins à l'origine d'un épuisement des professionnels et de sa famille

Diagnostic de situation proposé par l'auteur de la thèse

Dans la seconde situation clinique , les deux comptes-rendus étaient similaires concernant la complexité et le diagnostic de situation qui était absent dans les deux car non évoqué durant la séance. Il existait une différence concernant la démarche diagnostique décisionnelle avec l'absence d'évocation dans le compte-rendu par IA d'un appel suivi d'un adressage aux urgences de la patiente en fin de consultation.

Concernant la problématisation, les deux comptes-rendus étaient similaires concernant les problématiques qui étaient absentes.

Les questions et réponses du groupe étaient présentes dans le CR humain : « *quels éléments en faveur ou défaveur d'un passage à l'acte ?* », « *Comment agir en régulation ?* ». Elles n'apparaissaient pas dans le CR IA pour laisser place aux thèmes discutés : « *importance d'évaluation des aidants* », « *nécessité de poser un cadre* ».

Les apprentissages réalisés étaient présents dans les deux comptes-rendus mais certains éléments supplémentaires étaient notés dans le CR H: noms d'associations, conduite à tenir face à un patient présentant des idées suicidaires.

Il n'y avait pas de différence en terme de recherches bibliographiques à effectuer pour la séance suivante avec une apparition dans les deux comptes-rendus.

Les familles de situations ainsi que les compétences n'ont pas été abordées durant la séance et ne sont pas présentes dans les CR.

Concernant la retranscription, il n'y avait pas d'erreur d'acronyme dans les deux CR mais une différence en faveur de l'écrit humain concernant une modification de sens : "*amende de 10 millions d'euros*" contre 10 000 euros et l'élément inexact concernant la suspicion de trafic d'ordonnances cité dans le premier cas clinique.

Tableau I : Tableau d'analyse de la première séance

P = **Présent** ; N.E = **Non-évaluable**; A = **Absent**

Présent correspond à un élément présent dans le compte-rendu, Non-évaluable correspond à un élément qui n'a pas été discuté durant la séance, Absent correspond à un élément ayant été discuté mais n'apparaissant pas dans le compte-rendu.

Critères	Détail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales ou facultaires (réformes en cours, congrès)							Equivalent
Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec nouveaux éléments bibliographiques							Equivalent
Cas clinique 1								
Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Equivalent

Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain.
Apprentissage réalisé								équivalent
Cas clinique n°2								
Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Equivalent
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Equivalent

Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Equivalent
Prescription pédagogique								
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance							Equivalent
Familles de situation nommées								Equivalent
Compétences professionnelles abordées								Equivalent
Retranscription								
Erreur acronyme								Equivalent
Modification de sens								Différence en faveur de l'écrit humain

1.2 GEAP n°2 : 2 récits de situations cliniques

Concernant l'introduction à la rencontre, les deux comptes-rendus présentaient les messages d'actualités mais le CR IA a été le seul à retranscrire un syndicat évoqué durant la séance bien que mal orthographié : « *R-A-G-I-R* » au lieu de ReAGJIR. Les risques encourus d'un exercice illégal de médecine étaient également plus détaillés dans le CR IA : « *l'employeur peut déposer plainte* »

Il n'y a pas eu de discussion sur les recherches bibliographiques expliquant le caractère non-évaluable pour les deux comptes-rendus.

Situation clinique 1 :

Fille d'un patient de 86 ans aux multiples antécédents appelant le secrétariat de la maison médicale afin d'exiger l'hospitalisation à domicile de son père car l'état clinique de ce dernier est en train de se dégrader à domicile, à quelques semaines d'une sortie d'hospitalisation pour décompensation cardiaque.

Diagnostic de situation issu du CRH

Dans la première situation, les deux CR étaient similaires sur la complexité de la situation ainsi que sur les apprentissages réalisés avec la retranscription dans les deux comptes-rendus du Programme de Retour à Domicile (PRADO), les indications des visites à domiciles ou encore les différentes cotations des visites. En revanche il n'apparaît pas la façon d'initier une demande d'Hospitalisation à domicile, ni les avantages ou les inconvénients du PRADO ni de qui peut remplir un certificat de décès dans le CR IA. Il apparaît à la place : « *certificats de décès : procédures, cotations, qui peut les établir* ».

En revanche, il y avait une différence en faveur de l'écrit humain concernant la présence du diagnostic de situation, de l'élaboration d'une démarche diagnostic décisionnelle, de l'identification des problématiques, des questions et des réponses apportées par le groupe qui n'apparaissaient pas dans le CR IA.

Ainsi concernant la démarche diagnostique décisionnelle dans le CR IA, il n'est pas retrouvé la raison médicale occasionnant la demande, le dialogue avec le médecin du cabinet, ni la raison du refus de l'HAD à la différence du CR H.

Situation clinique 2 :

Femme de 22 ans, en invalidité de catégorie 3, accompagnée de son chien guide, épileptique connue, souffrant d'un syndrome de WPW (Wolff-Parkinson-White), consultant sur un créneau d'urgence pour motif « malaise », alors qu'elle présente au final une majoration de ses crises d'épilepsie et ayant pour principale demande une demande d'hospitalisation en urgence en service de neurologie

Diagnostic de situation issu du CRH

Dans la seconde situation, seule la complexité était retrouvée dans les deux comptes-rendus avec l'apparition des principaux éléments concernant l'âge, les antécédents, le contexte social. Le diagnostic de situation n'était retrouvé que dans le CRH.

Concernant l'élaboration de la démarche diagnostique décisionnelle le compte-rendu par IA ne mettait pas en évidence le motif initial de consultation, ni les spécialistes sollicités ou l'aide du maître de stage universitaire. On ne retrouvait pas non plus les problématiques, les questions et réponses du groupe dans le compte-rendu par IA.

Une différence était retrouvée sur les apprentissages réalisés avec dans le CR humain des idées pour gérer cette situation : « *peut-être plus temporiser* » voire des pistes de prise en charge : « *on suspecte tout de même que les vomissements sont d'origine psychiatrique car cela dure depuis 4 mois et elle ne présente pas de perte de poids* », « *vomissements depuis 4 mois, nous amène à suspecter le risque de grossesse* ». Ces différents éléments n'apparaissaient pas dans le compte-rendu par IA.

Il n'y avait pas de différence concernant les recherches bibliographiques à effectuer. Les familles de situations ainsi que les compétences professionnelles n'étaient pas abordées durant la séance donc non-évaluable.

Il existait une différence concernant les erreurs de retranscriptions en faveur du CRH : nom du syndicat sus-cité, « PA » au lieu de PH sur composition des jurys de thèse dans le compte-rendu IA.

Tableau II : Tableau d'analyse de la deuxième séance

critères	Détail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales ou facultaires (réformes en cours, congrès)							Equivalent
Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec							Equivalent

	nouveaux éléments bibliographiques							
Cas clinique 1								
Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Différence en faveur de l'écrit humain
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Equivalent
Cas clinique n°2								
Narration des situations								

Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Différence en faveur de l'écrit humain
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Différence en faveur de l'écrit humain
Prescription pédagogique								
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance							Equivalent
Familles de situation nommées								Equivalent
Compétences professionnelles abordées								Equivalent

Retranscription							
Erreur acronyme							Différence en faveur de l'écrit humain
Modification de sens							Equivalent

1.3 GEAP n°3 : 1 récit de situation clinique

Il était retrouvé une équivalence en terme de retranscription des informations d'actualités portant sur la 4^{ème} année d'internat et les modalités de validation de la phase d'approfondissement d'internat. Il apparaît dans le CRH une information de séance mais issue d'une diapositive diffusée lors de la séance qui n'était donc pas retranscrite sur le CR IA. Il n'y a pas eu de discussion sur les recherches bibliographiques, expliquant leur absence dans les deux comptes-rendus.

Situation clinique :

Suivi d'un enfant de 6 ans avec retard de langage, violences physiques et hygiène précaire faisant questionner la réalisation d'une information préoccupante

Diagnostic de situation proposé par l'auteur de la thèse

La séance a permis d'échanger sur une seule situation. Il n'y avait pas de différence concernant la complexité de la situation entre les deux CR. Le diagnostic de situation n'a pas été discuté et apparaît donc non évaluable dans les deux comptes rendus tout comme les familles de situation ou encore les compétences professionnelles abordées.

En revanche une différence était retrouvée en faveur de l'écrit humain concernant l'élaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle. Dans le CRH, une retranscription des différentes consultations par ordre chronologique permettait de comprendre qu'une mesure de protection est effective avec le passage d'éducateurs à domicile. Il y avait aussi la retranscription des échanges médecin-éducateurs non présente sur le CR IA. Dans le CR IA, il est noté : « *information préoccupante envisagée puis réalisée* » alors qu'il n'y a pas eu de nouvelle information préoccupante découlant des consultations mais simplement une interrogation de l'interne à l'origine du cas clinique.

Concernant les apprentissages réalisés, une différence était retrouvée en faveur du CR H avec des conseils donnés en lien avec la situation sociale complexe « *importance de ne pas rester seul dans ce genre de situation* », « *faire attention à ne pas morceler le soin* ». Explication dans le CRH de comment faire une IP, plus d'informations sur la visite des 4 ans contrairement au CR IA avec notamment des exemples sur les acquisitions à cet âge : « *savoir courir, taper dans un ballon* », « *s'assurer s'il a acquis le je* ». Apparition d'élément non évoqué dans le CR IA sur la façon de devenir famille d'accueil ou sur le réseau OBEDIA pour la prise en charge de l'obésité pédiatrique. Une définition médicale était inexacte dans le CR IA avec encoprésie définie comme « *incontinence fécale après acquisition de la propreté* ».

Les problématiques, les questions et réponses du groupe n'apparaissaient pas dans le CR IA.

Les recherches bibliographiques à effectuer étaient retrouvées dans les deux comptes-rendus.

Il n'y avait pas d'erreur d'acronyme dans les deux comptes-rendus mais des modifications de sens ont été retrouvées dans le compte rendu par IA concernant la réalisation de l'information préoccupante comme évoqué au-dessus ainsi que la notion d'un « suivi CMPP pour psychomotricité », alors que le suivi n'était pas que pour ce professionnel.

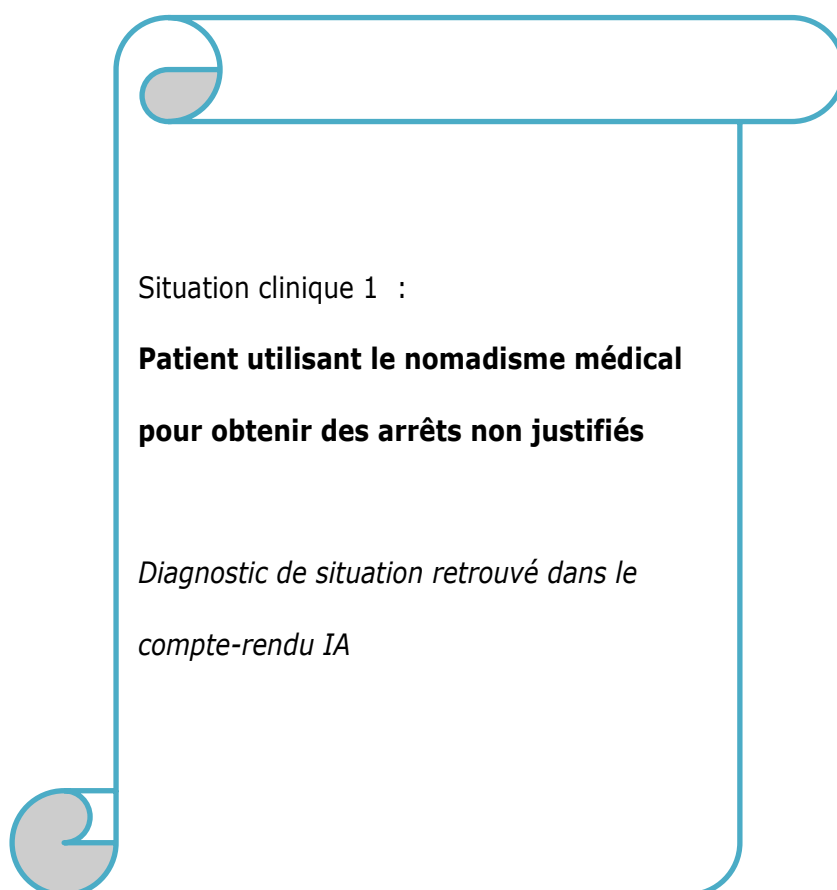
Tableau III :Tableau d'analyse de la troisième séance

Critères	Detail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales ou facultaires (réformes en cours, congrès)							équivalent
Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec nouveaux éléments bibliographiques							équivalent
Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							équivalent
Présence du diagnostic de situation								équivalent

Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Différence en faveur de l'écrit humain
Prescription pédagogique								
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance							Différence en faveur de l'écrit humain
Familles de situation nommées								équivalent
Compétences professionnelles abordées								équivalent
Retranscription								
Erreur acronyme								équivalent
Modification de sens								Différence en faveur de l'écrit humain

1.4 GEAP n°4 : 2 récits de situations cliniques

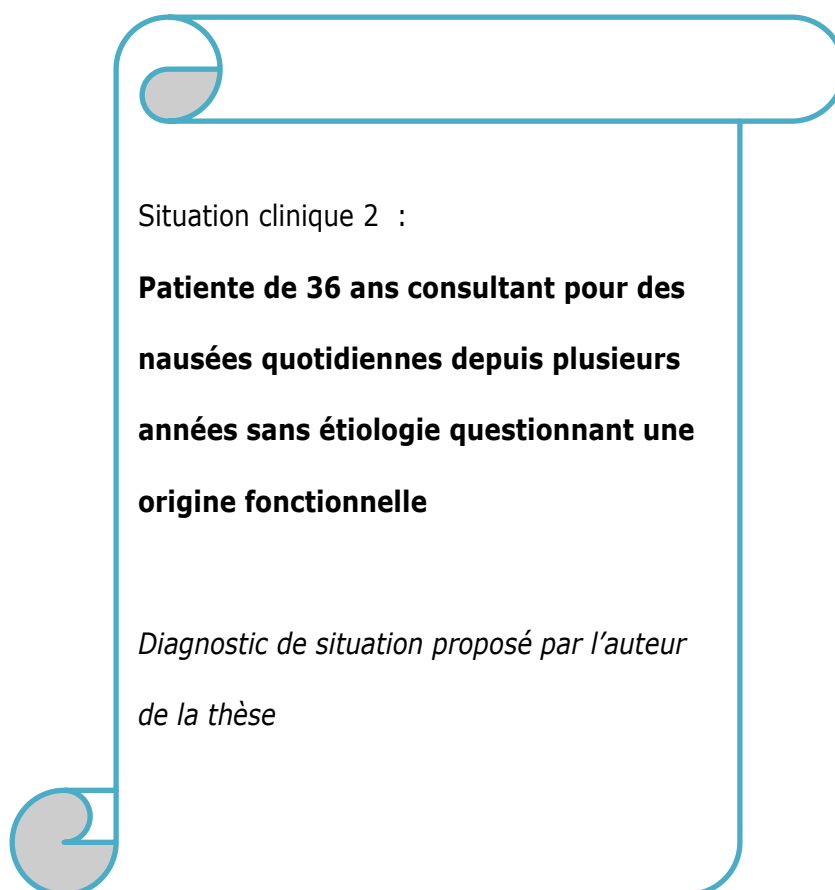
Concernant l'introduction de la rencontre, il n'y avait pas de différence entre les deux comptes-rendus sur les messages d'actualités avec la proposition d'un livre pour la pratique de la médecine générale et des différentes informations concernant la validation de l'année universitaire. Quelques informations supplémentaires apparaissaient dans le compte-rendu par IA sur les stages de docteur junior : « *projet de mise en place de forum par territoire* ». Les recherches bibliographiques ont bien été discutées avec évocation dans les deux comptes-rendus du parcours dans le cadre de l'obésité infantile et des citations bien qu'il y ait une erreur d'acronyme dans le CR IA avec « *M-POPS* » au lieu de « *Mypop* ».



Dans la première situation clinique retranscrite, la complexité et le diagnostic de situation étaient équivalents. En revanche, il n'était pas retrouvé la démarche diagnostique décisionnelle avec absence d'évocation dans le compte-rendu IA de l'appel au maître de stage universitaire

et du refus de réalisation d'arrêt pour la demande de la dernière consultation réalisée. Il apparaît par ailleurs un élément inexact dans le CR IA « *visite de contrôle de la sécurité sociale due aux arrêts répétés* » correspondant donc à une erreur de sens. Les problématiques, les questions et réponses du groupe n'étaient pas non plus retrouvées dans le compte-rendu IA à la différence du compte-rendu humain. Dans le compte-rendu humain, on peut retrouver « *est-il seul à avoir la garde de son fils ?* », « *son travail se passe-t-il bien ?* » avec les réponses associées.

Il n'existait pas de différence concernant les apprentissages réalisés avec dans les deux comptes-rendus des éléments concernant les certificats enfants malades et la gestion de désaccord avec les collègues dans un cabinet de groupe.



Dans la 2ème situation, la complexité était retrouvée dans les deux comptes-rendus avec apparition des antécédents de la patiente et des examens réalisés. Le diagnostic de situation, bien qu'évoqué durant la séance était absent des deux comptes-rendus.

Les deux comptes-rendus mettaient en évidence les éléments de la démarche diagnostique décisionnelle avec le motif, les éléments de l'examen clinique et les examens complémentaires demandés. En revanche, une différence en faveur de l'écrit humain était présente sur l'identification des problématiques, les questions et réponses abordées par le groupe. On pouvait retrouver dans le compte-rendu humain : « *est-ce qu'elle a perdu du poids ?* », « *quel est le délai d'apparition des anti-hypertenseurs chez les femmes ?* » ainsi que les réponses associées à ces questions. Les apprentissages réalisés différaient également avec absence d'un des sujets principaux dans le compte-rendu IA à savoir la possibilité des effets indésirables avec les anti-hypertenseurs. Il n'était pas non plus présent la biologie proposé par le groupe pour le cas clinique ou une option thérapeutique proposée contre les vomissements ou le bilan d'exploration pour une hypertension artérielle précoce.

Les recherches bibliographiques étaient présentes dans les deux comptes-rendus bien que plus détaillé dans le CR humain : « *à propos de la téléconsultation : d'où ça vient ? existe-t-il des indications à la téléconsultation ? Comment se facture une téléconsultation ?* » contre « *rechercher la réglementation sur la téléconsultation* » dans le compte-rendu IA.

Apparition des compétences professionnelles travaillées et des familles de situation explorées dans les deux récits du CR humain.

Tableau IV :Tableau d'analyse de la quatrième séance

critères	Détail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales ou facultaires							Equivalent

	(réformes en cours, congrès)						
Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec nouveaux éléments bibliographiques						Equivalent
Cas clinique 1							
Narration des situations							
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales						Equivalent
Présence du diagnostic de situation							Equivalent
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée						Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation							
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation						Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite						Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe							Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé							Equivalent
Cas clinique n°2							

Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Equivalent
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Equivalent
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Différence en faveur de l'écrit humain
Prescription pédagogique								
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance							Equivalent

Familles de situation nommées								Différence en faveur de l'écrit humain
Compétences professionnelles abordées								Différence en faveur de l'écrit humain
Retranscription								
Erreur acronyme								Différence en faveur de l'écrit humain
Modification de sens								Différence en faveur de l'écrit humain

1.5 GEAP n°5 : 2 récits de situations cliniques

Les informations d'introduction de la rencontre étaient similaires dans les deux comptes-rendus.

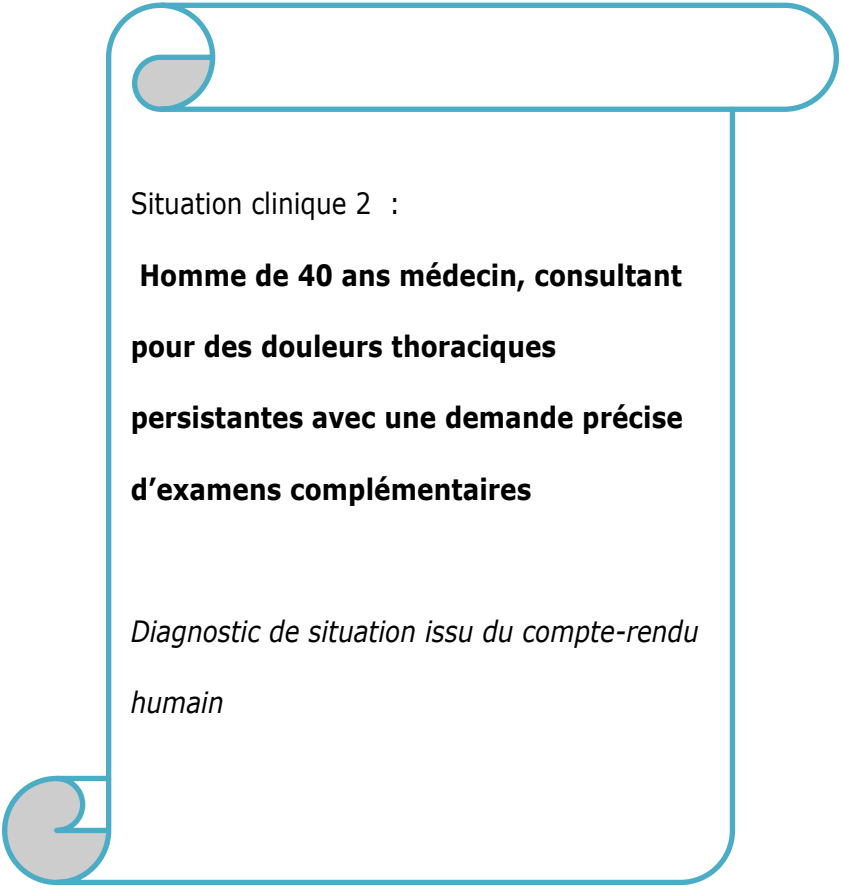
Situation clinique 1 :

Femme de 50 ans en conflit professionnel consultant pour la réalisation d'un frottis cervico-utérin et présentant une anxiété difficilement canalizable

Diagnostic de situation proposé par l'auteur de la thèse

Dans le cas clinique 1, la complexité était retrouvée dans les deux CR. Le diagnostic de situation n'avait pas été évoqué durant la séance et n'était pas retrouvé dans les deux traces écrites.

L'apprentissage était similaire dans les deux comptes-rendus avec cependant un abord de l'examen gynécologique plus détaillé dans le CRH sur la question des étapes de l'examen, des types de spéculum à utiliser ou encore de l'abord des violences sexuelles. Une différence en faveur de l'écrit humain était présente pour la démarche diagnostique décisionnelle avec l'apparition du déroulé de la consultation et l'aide proposée à la patiente concernant la problématique au travail qui n'apparaît pas dans le compte-rendu IA. L'identification des problématiques, les questions et les réponses apportées par le groupe n'étaient retrouvées que dans le CRH.



Situation clinique 2 :

**Homme de 40 ans médecin, consultant
pour des douleurs thoraciques
persistantes avec une demande précise
d'examens complémentaires**

*Diagnostic de situation issu du compte-rendu
humain*

Dans le cas clinique 2, seule la complexité était retrouvée dans les deux CRH. A l'inverse, on ne retrouvait pas le diagnostic de situation dans le CR IA. La démarche diagnostique n'était pas détaillée dans le CR IA. Il n'était pas écrit le nombre de consultations réalisées, les examens demandés ainsi que leurs résultats. Les problématiques, les questions et les réponses

apportées par le groupe n'étaient pas présentes dans le compte-rendu IA. L'apprentissage réalisé n'était pas retranscrit dans le compte-rendu par IA à l'inverse du compte-rendu humain où sont rappelés les indications du coro-scanner, le syndrome de Tietze, la discussion sur les examens à réaliser dans cette situation.

Les recherches bibliographiques à effectuer étaient présentes dans les deux comptes-rendus. Les familles de situations ainsi que les compétences professionnelles n'étaient pas présentes mais n'avaient pas été abordées durant la séance.

Il existait des erreurs de retranscription sur les noms propres et la « méthode BERCER » dans le compte-rendu IA qui était noté « BERSER ». Il existait aussi une modification de sens avec une phrase faisant comprendre qu'une décision de prescription d'examen complémentaire a émergé de la réunion : "prescription d'examen complémentaire pour le médecin consultant". Une erreur de retranscription était présente dans le compte-rendu humain avec « GEAP » au lieu de « RSCA » occasionnant une modification de sens dans la phrase.

Tableau V :Tableau d'analyse de la cinquième séance

critères	Détail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales et facultaires (réformes en cours, congrès)							Equivalent

Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec nouveaux éléments bibliographiques							Equivalent
Cas clinique 1								
Narration des situations								
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Equivalent
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Equivalent
Cas clinique n°2								
Narration des situations								

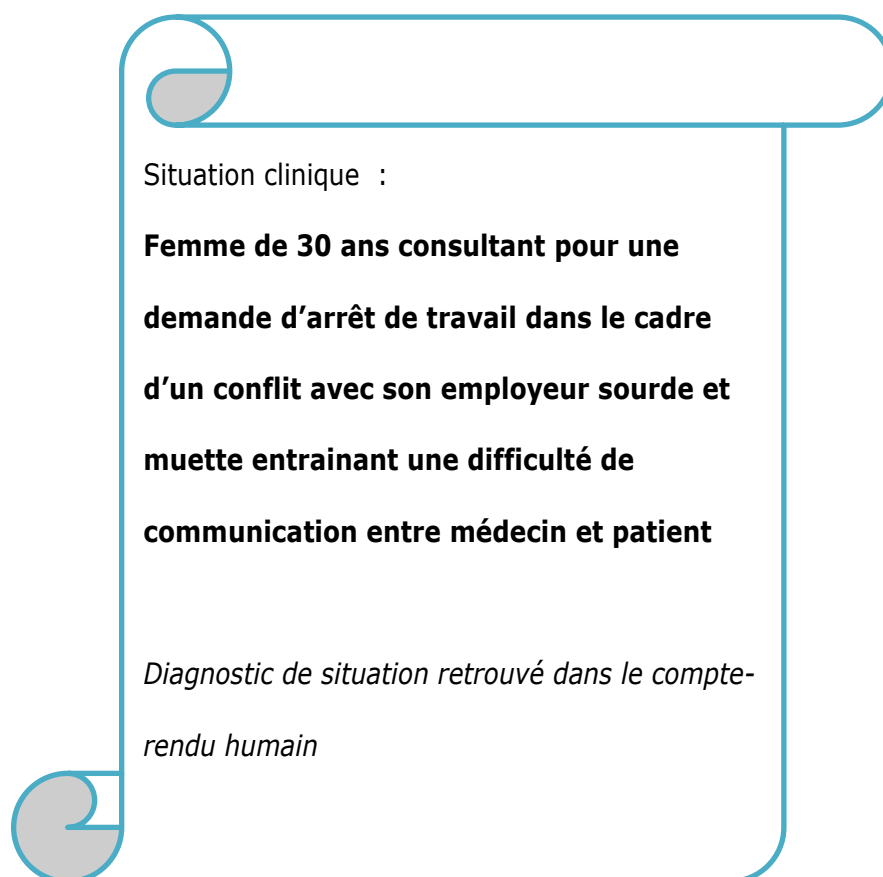
Complexité	Présence des données biomédicales, psychologiques et sociales							Equivalent
Présence du diagnostic de situation								Différence en faveur de l'écrit humain
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée							Différence en faveur de l'écrit humain
Problématisation								
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite							Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe								Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé								Différence en faveur de l'écrit humain
Prescription pédagogique								
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance							Différence en faveur de l'écrit humain
Familles de situation nommées								équivalent
Compétences professionnelles abordées								équivalent

Retranscription							
Erreur acronyme							Equivalent
Modification de sens							Equivalent

1.6 GEAP n°6 : 1 récit de situation clinique

Les deux comptes-rendus faisaient apparaître les messages d'actualités discutés.

Il n'y a pas eu d'échange sur les recherches bibliographiques au cours de la séance.



Les deux CR étaient équivalents concernant la complexité de la situation avec des informations médicales et de vie superposables.

Apparition de la démarche diagnostique décisionnelle dans les deux comptes-rendus avec le mode de communication utilisé et les difficultés ressenties du médecin ainsi que les plaintes de la patiente et la résolution avec la prescription finale décidée.

Seul le CRH mentionnait le diagnostic de situation.

La problématique est mentionnée dans les deux comptes-rendus : « *interrogations sur les outils disponibles pour la communication avec les patients sourds* » dans le CR IA et « *comment gérer cette situation avec un patient sourd/muet (outils pour la langue des signes ?)* » dans CR H.

Les questions et les réponses des internes ne sont pas écrites dans le CR IA mais l'apprentissage réalisé est retranscrit. Il est question des différents outils utilisables avec un patient sourd/muet, d'une discussion sur les droits des employés et l'importance de l'arrêt de travail dans ce contexte. Il n'est pas évoqué en revanche une structure locale « *centre Charlotte Blouin* » dans le compte-rendu IA qui est mis en évidence dans le compte-rendu humain avec l'utilisation du gras.

Les recherches bibliographiques étaient absentes car l'enseignante animatrice n'avait pas attribué de recherches en fin de séance. Les familles de situations et les compétences professionnelles n'avaient pas été abordées et n'apparaissaient donc pas dans les CR.

Une erreur de sens sur une retranscription d'œuvre était retrouvée dans le CR H : « *il ne m'aurait pas tous mais tous auraient été frappés* » au lieu de « *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés* »

Tableau VI :Tableau d'analyse de la sixième séance

critères	Detail des critères	Compte-rendu humain			Compte-rendu intelligence artificielle			Résultat
		P	N.E	A	P	N.E	A	
Introduction de la rencontre								
Message d'actualité	Comprend les actualités médicales et							Equivalent

	facultaires (réformes en cours, congrès)						
Discussion sur les recherches bibliographiques	Comprend les retours sur les recherches effectuées avec nouveaux éléments bibliographiques						Equivalent
Cas clinique 1							
Narration des situations							
Complexité	Présences des données biomédicales, psychologiques et sociales						Equivalent
Présence du diagnostic de situation							Différence en faveur de l'écrit humain
Elaboration d'une démarche diagnostique décisionnelle	Apparition des éléments sollicités pour aboutir à une solution à la consultation donnée						Equivalent
Problématisation							
Identification des problématiques	Questions soulevées par l'orateur du cas en lien avec la situation						Equivalent
Questions apportées par le groupe	Apparition des questions apportant un éclairage sur la situation décrite						Différence en faveur de l'écrit humain
Réponses apportées par le groupe							Différence en faveur de l'écrit humain
Apprentissage réalisé							Equivalent
Prescription pédagogique							
Recherches bibliographiques	Recherches à effectuer portant sur un thème abordé dans la séance						Equivalent

Familles de situation nommées								Equivalent
Compétences professionnelles abordées								Equivalent
Retranscription								
Erreur acronyme								Equivalent
Modification de sens								Différence en faveur de l'écrit par IA

2. Principaux résultats

Le critère de jugement principal de l'étude portait sur la présence du diagnostic de situation dans les deux comptes-rendus. A travers les différentes séances, il a été présenté dix situations cliniques. Le diagnostic de situation n'a pas été discuté lors de chaque situation et était donc non évaluable dans trois des cas présentés. Pour le reste, le diagnostic de situation a été retrouvé à six reprises (60% des cas) dans le compte-rendu humain et à deux reprises (20% des cas) dans le compte-rendu IA. Dans un des cas, le diagnostic de situation avait donc été évoqué mais non retranscrit par l'interne.

Les messages d'actualités, les discussions sur les recherches bibliographiques ainsi que les recherches bibliographiques à effectuer n'ont pas donné lieu à des différences entre les deux types de comptes-rendus et étaient présents dans les différents comptes-rendus des six séances analysées.

Les principales différences retrouvées concernaient la narration des situations cliniques avec une démarche diagnostique décisionnelle qui était présente dans les dix situations cliniques

pour le CRH contre dans deux situations pour le CR IA. Il pouvait exister des absences de motifs de consultation, d'examens complémentaires ou de traitements.

La problématisation était aussi différente avec des problématiques retrouvées dans neuf cas sur dix (90 %) pour le CR H contre un cas sur dix (10%) dans le CR IA.

Les CR IA ne retranscrivaient pas les questions ni les réponses des internes dans les dix situations différentes contrairement aux CR H qui les rapportaient à chacune des situations cliniques avec des résumés des discussions permettant d'avoir une trace des apprentissages réalisés.

Les apprentissages réalisés étaient présents dans six des dix situations cliniques dans le CR IA (60%) contre dans les dix situations pour le CR humain (100%).

Les compétences et familles de situations étaient abordées une seule fois et apparaissaient dans deux situations cliniques d'une même séance dans le CR humain (20%).

Les modifications de sens étaient présentes à quatre reprises sur les six comptes-rendus IA contre deux fois pour les comptes-rendus humains.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le diagnostic de situation était mentionné dans 60 % des cas dans le compte-rendu humain contre dans 20 % des cas dans le compte-rendu par IA. Le diagnostic de situation est un élément primordial en médecine générale. Il a pour but de prendre en compte la complexité du patient à travers les aspects biologiques, psychologiques ou sociaux. Dans un article proposant une aide à la réalisation d'un diagnostic de situation, Louis Lévy évoque qu'« établir un diagnostic de situation, c'est non seulement observer une personne dans un contexte, mais aussi en réaliser une approche systémique, en appréciant simultanément les dimensions organique, personnelle, relationnelle et environnementale de la personne, et les interactions entre elles » (7). Il propose d'utiliser le modèle Organe Personne Environnement (OPE) qu'il a conceptualisé avec J.F Macé qui associe le champ de l'organe, le champ de la personne et de l'environnement. Le champ de l'organe est ce qui correspond à la maladie, aux douleurs, quand le champ de la personne est la capacité de la personne à interagir avec ce qui l'entoure et le champ de l'environnement comprend tous les systèmes humains, économiques ou matériels avec lesquels le patient est en lien.

Le diagnostic de situation s'intègre dans la médecine basée sur les niveaux de preuves scientifiques qui s'est développée dans les années 1990 et propose une décision médicale fondée sur les données actuelles de la science, les circonstances et situations cliniques et le comportement et choix du patient(8). Cette démarche n'est pas toujours facile à appréhender par les internes de médecine générale pour qui les premières années d'études se concentrent surtout sur l'apprentissage des données bio-médicales(9). Une étude s'étant intéressée au ressenti des internes de médecine générale participants aux GEAP met en évidence une évolution dans les questionnements apportés par les internes avec le temps(10). Initialement les questions étaient davantage portées sur le côté technique de la médecine pour ensuite prendre en compte la globalité des patients.

Il apparaît donc que l'abord des diagnostics de situation clinique au sein des séances de GEAP permet aux internes d'identifier la complexité de la situation faisant partie intégrante de la médecine générale.

Un des éléments notables de cette étude est le format du compte-rendu avec l'utilisation de l'IA. Celui-ci suivait une trame identique entre chaque séance avec des encadrés « contexte, atmosphère, sujets abordés, décisions prises, actions » qui synthétisaient les éléments de la séance. Il n'y avait pas de recours à des questions pourtant très présentes dans les séances de GEAP, que ce soit pour préciser des points de la situation clinique ou parfois des questions pour réfléchir aux pratiques professionnelles des internes. A la place de ces questions on pouvait retrouver des phrases tels que « *questionnement sur les solutions alternatives* » ne permettant pas de connaître la nature des échanges et de pouvoir avoir une trace des apprentissages réalisés. C'est pourquoi les apprentissages réalisés n'étaient comptabilisés comme présent que dans 60% des situations cliniques contre 100% des situations avec le compte-rendu humain.

Le compte-rendu humain différait d'une séance à l'autre en lien avec le changement de secrétaire de séance. Pour autant, les différents éléments attendus étaient présents dans la majorité des comptes-rendus en suivant le plus souvent l'ordre chronologique de la séance avec les éléments d'informations, puis les situations cliniques et les prescriptions pédagogiques.

Les situations cliniques étaient rapportées de façon plus fidèles dans le CRH avec l'apparition de phrases de la consultation ou de pensées de l'interne permettant de mieux comprendre les enjeux de la consultation. Il existait également moins de perte de donnée concernant la démarche diagnostique décisionnelle qui a été retrouvé pour les dix situations cliniques avec le CRH contre seulement deux fois pour le CR IA.

Cela est contradictoire avec les utilisations récentes de l'intelligence artificielle en médecine générale. Un des besoins identifiés par les médecins généralistes est d'avoir un outil permettant une réduction du temps administratif qui peut représenter jusqu'à un tiers de leur temps de travail selon certaines études(11). Pour réduire ce temps, des logiciels médicaux proposent la réalisation d'une synthèse de consultation par écrit en analysant ce qui est dit. L'un d'entre eux promet une synthèse de consultation « parfaitement structurée et organisée » avec la retranscription de l'observation, de l'examen clinique ou du diagnostic(12). Il n'existe à ce stade pas d'étude pour vérifier cela et savoir si la démarche diagnostique apparaît plus performante que l'application testée pour l'étude. L'application Jeremy n'était pas une application à destination médicale mais était plutôt utilisée dans le cadre de réunion ce qui pourrait être à l'origine d'une différence. Elle était en revanche très efficace pour la retranscription des éléments d'informations et de recherches bibliographiques à effectuer.

Une étude sur la perception et l'acceptabilité de l'intelligence artificielle comme soutien dans les tâches administratives auprès de médecins généralistes Toulonnais a pu montrer que ceux-ci ont une connaissance faible voire très faible en intelligence artificielle pour 62 % d'entre eux(13). Néanmoins, 9 répondants sur 10 estimaient qu'il pourrait s'agir d'une solution pour alléger le temps administratif. Ce temps pourrait leur permettre selon eux d'améliorer leurs relations avec le patient ou réaliser davantage de consultations dans la semaine.

Ces solutions ne sont pas sans risques. La sécurisation des données médicales apparaît comme une préoccupation majeure des médecins généralistes de l'étude et nécessite donc un encadrement qui est réalisé par différents acteurs tels que la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Cette dernière est à l'origine de la certification Hébergement de Santé (HDS) qui garantit la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données de santé et qui est donc obligatoire pour tout hébergement de données en France.

Une autre limite que pourrait constituer les logiciels médicaux intégrant l'IA pourrait être la responsabilité juridique finale. En effet dans la limite de l'application utilisée, il apparaissait à plusieurs reprises des éléments manquants du parcours de soin voire des éléments inventés. Cela est donc questionnant quand on sait l'importance de la retranscription écrite dans les observations médicales s'il existe un recours juridique(14). La question de la responsabilité juridique est d'autant plus intéressante qu'au-delà de l'aide administrative, l'intelligence artificielle pourrait s'avérer devenir une aide diagnostique dans des domaines tels que l'analyse d'imagerie ou le diagnostic de mélanome (15,16).

Les compétences et les familles de situations sont présentes dans un seul CRH et absentes sur les CR IA. Les autres séances n'ont pas donné lieu à une discussion sur ces notions.

Les compétences du médecin généralistes sont au nombre de six (annexe II) qui recouvrent l'ensemble des tâches et fonctions attendues du médecin. Leur utilisation dans le processus d'apprentissage a pour vocation par leur validation d'attester que le futur médecin est en capacité de résoudre la majorité des situations de santé auxquels il sera confronté(9).

Les grilles d'évaluation utilisées à la Faculté d'Angers lors des différents stages se basent sur ces six compétences et sont l'occasion de discuter des différentes compétences mises en action. Une étude portant sur le ressenti des internes de médecine générale sur le développement des compétences lors des stages ambulatoire souligne l'importance des maîtres de stages dans l'acquisition de leurs compétences(17). Les internes déclarent que les temps de débriefing en fin de journée permettent une amélioration de leurs prises en charge. Ce résultat apparaît également dans une étude qualitative sur le développement des compétences génériques à travers les séances de GEAP pour les étudiants de second cycle. Il apparaissait alors que l'absence de visualisation de l'étudiant dans le cadre professionnel ne permettait pas de savoir comment étaient réellement mobilisées les compétences(18).

Pour aider les internes à repérer les compétences mobilisées au cours des GEAP, il pourrait être intéressant de faire une synthèse visuelle des attendus. Ainsi cela permettrait aux internes de s'approprier le lien entre RSCA et compétences.

La lecture des comptes-rendus réalisés par les internes permet de savoir ce qu'ils ont compris du récit et ce qu'ils priorisent dans les problématisations. Il peut donc s'agir d'un axe de travail utilisé par les formateurs qui ne sera pas possible s'il est réalisé par l'IA.

Cela est à mettre en relation avec le concept de « narrative based medicine » développée par Greenhalgh et Hurwitz(19). Ce concept évoque que le récit des symptômes réalisé par un patient donne de nombreuses informations concernant notamment le retentissement de la maladie, les attentes du patient en consultant un professionnel de santé. Le médecin s'appuie sur le récit pour sa démarche diagnostique décisionnelle et percevoir les axes thérapeutiques correspondant le mieux au patient. Cette notion permet donc de prendre en compte à nouveau le patient dans toute sa complexité.

FORCES ET LIMITES

L'étude est innovante car il n'existe pas, à la date de rédaction de ce travail de thèse, de recherche analytique concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle dans le cadre de comptes-rendus de séances d'enseignements médicaux. Il a aussi été proposé à travers cette étude une grille critériée concernant les traces écrites des séances de GEAP en s'inspirant de celle destinée à l'évaluation des RSCA.

Les limites de cette étude sont notamment le nombre restreint de séances analysées. Il aurait ainsi pu être intéressant d'avoir un nombre de séance supérieur pour donner de la puissance au travail. L'animatrice du GEAP étudié était également la directrice de thèse et avait donc connaissance des éléments intégrant la grille d'analyse, ce qui a pu constituer un biais quant à l'abord de certaines notions.

L'application GEREMY n'était pas une application médicale, ce qui peut expliquer les erreurs de définition ou de traitement décrits. Aussi, avec l'amélioration constante des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle, il est possible que les résultats retrouvés ne soient plus comparables dans quelques mois. Enfin, les recherches dans la littérature de critères de comparaison entre un CR IA et CRH n'ont pas été satisfaisante occasionnant la création d'une grille critériée avec une part de subjectivité.

L'utilisation de l'intelligence artificielle ne s'est pas montrée convaincante dans la réalisation de compte-rendu de GEAP. En effet, de nombreux éléments étaient manquants dont les diagnostics de situations constituant le critère de jugement principal ou encore certains éléments de la démarche diagnostique et les discussions de séance. L'IA pouvait inventer des éléments non présents dans les échanges.

En revanche, l'intelligence artificielle pouvait retranscrire fidèlement les éléments d'informations à transmettre ou les informations concernant le patient. Cela est à mettre en perspective avec les autres types de logiciels intégrant l'intelligence artificielle tels que les logiciels médicaux avec les limites liées à leur utilisation concernant la protection de données ou la responsabilité juridique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 déc 2025]. Staffs d'une équipe médico-soignante, groupes d'analyse de pratiques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807236/fr/staffs-d-une-equipe-medico-soignante-groupes-d-analyse-de-pratiques
2. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 2013;(108):148-55.
3. Potier A, Robert J, Ruiz C, Lebeau J, Renoux C. Un portfolio pour certifier les compétences : des concepts à la pratique. *exercer* 2013. 2013;(108):178-84.
4. Surchamp G. Avis des étudiants de 3ème cycle sur les groupes d'échange et d'analyse de pratique (analyse de questionnaire) [Internet]. Université Angers; 2024 [cité 11 déc 2025]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune17678>
5. Givron H, Richard I, Lussier M. Exercer avec ChatGPT? . *exercer* 2023;195. . *exercer* 2023;195:322-5.
6. Molcard A. Médecine générale et intelligence artificielle : revue de la littérature. 17 oct 2023;72.
7. Lévy L. Comment faire un diagnostic de situation. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 2004;(674):1482-6.
8. Gay B, Beaulieu MD. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve: de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. août 2004;5(3):171-83. doi:10.1051/pmed:2004025
9. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *exercer*. 24(108):148-55.
10. Renoux C, Pailloux A, Robert J, Potier A. Les groupes d'échange de pratique : un outil du paradigme d'apprentissage. *exercer*. 2017;129:34-42.
11. Prunier JB. Évaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire. 16 oct 2018;85.
12. Intelligence artificielle : Doctolib lance l'Assistant de consultation. About Doctolib - France [Internet]. Disponible sur: <https://about.doctolib.fr/news/intelligence-artificielle-doctolib-lance-l-assistant-de-consultation/>
13. Fayad M. Perceptions et acceptabilité de l'intelligence artificielle comme soutien dans les tâches administratives: étude auprès des médecins généralistes de Toulon et ses alentours. 2023.
14. Dossier médical : à quoi ça sert et comment le demander ? [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/dossier-medical-quoi-ca-sert-et-comment-le-demander>

15. Bibault JE. Intelligence artificielle et médecine | La Revue du Praticien [Internet]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/intelligence-artificielle-et-medecine>
16. Lucas J. Referentiel-metier-Contribution-IA-et-MG-2024 [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2025/03/Referentiel-metier-Contribution-IA-et-MG-2024.pdf>
17. Mehr M. Exploration du ressenti des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Strasbourg concernant le développement des compétences lors des stages réalisés en ambulatoires à l'issue de leur formation [Internet]. strasbourg; 2024 [cité 8 août 2026]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2024/2024_MEHR_Margot.pdf
18. Bellanger W, Casabianca CD, Fayolle AV, Penchaud AL, Coutant R, Guineberteau C. En quoi des groupes d'échanges et d'analyse de pratique contribuent-ils au développement des compétences génériques, en second cycle des études médicales? - Étude qualitative par observation filmée. Pédagogie Médicale. 1 févr 2017;18(1):31-7. doi:10.1051/pmed/2017026
19. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ. 2 janv 1999;318(7175):48.1-50. doi:10.1136/bmj.318.7175.48

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I : Tableau d'analyse de la première séance</u>	8
<u>Tableau II : Tableau d'analyse de la deuxième séance</u>	13
<u>Tableau III :Tableau d'analyse de la troisième séance</u>	18
<u>Tableau IV :Tableau d'analyse de la quatrième séance</u>	22
<u>Tableau V :Tableau d'analyse de la cinquième séance</u>	27
<u>Tableau VI :Tableau d'analyse de la sixième séance</u>	31

TABLE DES MATIERES

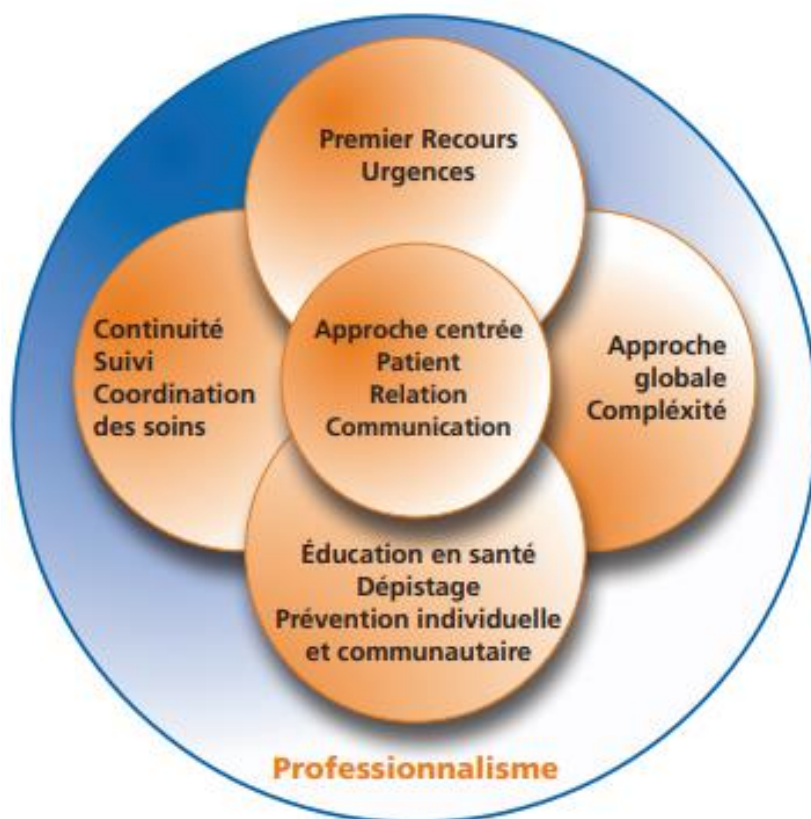
INTRODUCTION	1
MÉTHODES.....	3
RÉSULTATS	5
1. Analyse de chaque séance	5
1.1 GEAP n°1 : 2 récits de situations cliniques	5
1.2 GEAP n°2 : 2 récits de situations cliniques	10
1.3 GEAP n°3 : 1 récit de situation clinique	16
1.4 GEAP n°4 : 2 récits de situations cliniques.....	20
1.5 GEAP n°5 : 2 récits de situations cliniques.....	25
1.6 GEAP n°6 : 1 récit de situation clinique	30
2. Principaux résultats	33
DISCUSSION ET CONCLUSION	35
FORCES ET LIMITES	40
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES TABLEAUX	44
TABLE DES MATIERES	45
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe I : Grille d'évaluation des RSCA du CNGE

EVALUATION RSCA Situation complexe			
GRILLE EVALUATION RSCA (ne pas remplir les cases colorées)	P	A	I
Complexité de la situation			
Diversité des champs abordés			
Diversité des solutions			
Narration de la situation			
Caractère narratif du récit			
Exposé de la démarche			
Problématisation et objectifs d'étude			
Pertinence des questions formulées par l'étudiant			
Adéquation des questions avec les tâches et fonctions de la MG			
Précision de la définition des objectifs d'étude et adéquation avec les problèmes			
Recherche documentaire			
Adéquation de la recherche avec les objectifs			
Pertinence de la recherche			
Qualité du résumé			
Synthèse de la situation clinique			
Identification des points clés			
Acquisition de nouvelles compétences			
Utilité des traces d'apprentissage produites			
EVALUATION GLOBALE			

Annexe II :La « marguerite » des compétences du médecin généraliste



Faut-il « supprimer » le rôle du secrétaire de séance tenu par l'interne lors des Groupes d'Echange et d'Analyse de Pratique ?

RÉSUMÉ

Introduction

Les séances de Groupe d'Echange et d'Analyse de Pratique sont une des méthodes utilisées pour la formation des internes du DES de médecine générale. Elles permettent d'échanger sur des situations cliniques vécues en stage. Pour garder une trace de ces séances, un « interne-secrétaire » est désigné pour réaliser une retranscription écrite. Ce rôle bien qu'ayant un intérêt pédagogique, n'est pas toujours plébiscité par les internes. L'utilisation de l'intelligence artificielle pourrait constituer une aide pour la rédaction de compte-rendu.

Sujets et Méthodes

Une étude quantitative analytique a été réalisée de novembre 2025 à mai 2026. Elle comparait les comptes-rendus de séances réalisés par les internes et par l'application d'intelligence artificielle GEREY. Une grille critériée a été créée en s'appuyant sur la grille d'évaluation des RSCA. Le critère de jugement principal était l'apparition du diagnostic de situation dans le compte-rendu.

Résultats

Les comptes rendus de 6 séances ont été analysés.

Le diagnostic de situation était retrouvé dans 60% des cas avec le compte-rendu humain contre dans 20% des cas dans le compte-rendu par IA. Il n'existait pas de différence concernant les messages d'actualités ou les recherches bibliographiques entre les comptes-rendus. Il existait également une différence en faveur des comptes-rendus humain concernant la problématisation, la démarche diagnostique décisionnelle ou les apprentissages réalisés.

Conclusion

Le compte-rendu par intelligence artificielle se montrait performant dans la restitution des messages d'actualités mais critiquable dans la retranscription des situations cliniques et des discussions. Elle ne peut pour l'instant pas remplacer le compte rendu écrit par l'interne.

Mots-clés : Médecine générale, Intelligence artificielle, GEAP, compte-rendu, enseignement

Should the role of secretary, carried out by the resident during Peer review Group, be 'abolished' ?

ABSTRACT

Introduction

Peer review group sessions are one of the methods used for the training of residents in General Medicine. They provide an opportunity to discuss clinical situations encountered during internships. To keep a record of these sessions, a 'resident secretary' is assigned to produce a written transcript. Although this role has educational value, it is not always popular with residents. The use of artificial intelligence could be useful in writing reports.

Materials and Methods

An analytical quantitative study was conducted from November 2025 to May 2026. It was comparing the session reports produced by the residents and by the GEREY artificial intelligence application. A criteria grid has been developed based on the RSCA assessment grid. The primary outcome measure was the presence of the situational diagnosis in the report.

Results

The recordings of six sessions were analysed. The situational diagnosis was identified in 60% of cases in the human report, compared with 20% of cases in the AI report. There was no difference between the reports with regard to news messages or bibliographic searches. There was also a difference in favour of the human reports in terms of problem-identification, the diagnostic decision-making process, and the knowledge acquired.

Conclusion

The AI-generated reports were effective at relaying news items but questionable when it came to transcribing clinical situations and discussions. For the time being, it cannot replace the written report produced by the intern.

Keywords : General Practice, Artificial Intelligence, Peer review Group, report, education