

2024-2025

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

### Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

# Étude descriptive de Traces Écrites d'Apprentissage produites par des étudiants de Formation Générale et Formation Approfondie en Sciences Médicales.

Descriptive study of Written Learning Records produced by undergraduate  
medical students.

**SAHIN Mikaël**

Né le 06/08/1990 à Épinay-sur-Seine (93)

Sous la direction de Mme ANGOULVANT Cécile

Membres du jury

M. le Professeur CONNAN Laurent | Président

Mme la Professeure ANGOULVANT Cécile | Directrice

Mme la Docteure VALENTE Gabrielle | Membre

Soutenue publiquement le :  
15/05/2025



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) SAHIN Mikaël  
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 15/05/2025

## 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 ».*

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**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	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOThERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine

PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie- Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine

MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>ATER</b>		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
<b>PAST-MAST</b>		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie

CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

À la République française de m'avoir permis de devenir,

Aux enseignants investis, de tous les grades, qui ont contribué à mon instruction,

À ceux dont les chemins ont croisé le mien, au bon moment, au bon endroit,

À ceux qui le croiseront,

Pour cette thèse :

Je remercie le Professeur CONNAN Laurent de m'avoir tendu la main,

et la Professeure ANGOULVANT Cécile de m'avoir tenu la plume.

## Liste des abréviations

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

AM : Assurance-Maladie

BPCO : Broncho-Pneumoopathie Chronique Obstructive

CMG : Compétence(s) du Médecin Généraliste

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DMG : Département(s) de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

EHPAD : Établissement(s) d'Hébergement pour Personne(s) Âgée(s) Dépendante(s)

Et al. : Et alia (« et les autres »)

FASM : Formation Approfondie en Sciences Médicales

FGSM : Formation Générale en Sciences Médicales

FSC : Famille(s) de Situation(s) Clinique(s)

GEAP : Groupe(s) d'Échange et d'Analyse de Pratique

HTA : Hypertension Artérielle

IDE : Infirmier(s) Diplômé(s) d'État

L.AS : Licences.Accès Santé

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MMOP : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie

MSDSP : Mini-Stage de Découverte des Soins Primaires

PACES : Première Année Commune des Études de Santé

PAMSU : Praticien(s) Agréé(s) Maître(s) de Stage Universitaire

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

PEC : Prise En Charge

R1C : Réforme du 1<sup>er</sup> cycle des études médicales

R2C : Réforme du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales

R2C : Réformes du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales

SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil

SIC : « Ainsi » (la citation associée est recopiée à l'exactitude)

TEA : Trace(s) Écrite(s) d'Apprentissage

UE : Unité(s) d'Enseignement

UFR : Unité(s) de Formation et de Recherche

# Plan

## SERMENT D'HIPPOCRATE

## RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

1. Population de l'étude
2. Recueil des données
3. Traces Écrites d'Apprentissage
4. Objectif principal
5. Objectif secondaire

## RÉSULTATS

1. Échantillon de l'étude
2. Résultats généraux
  - 2.1. Documents
  - 2.2. Consultations
    - 2.2.1. Terrain des patients
    - 2.2.2. Motifs de consultation
    - 2.2.3. Examen clinique et prescription
  3. Objectif principal
    - 3.1. Catégories problématiques : tableau de données
    - 3.2. Catégories problématiques : commentaires
      - 3.2.1. Relation – Communication
      - 3.2.2. Santé de l'enfant et de l'adolescent
      - 3.2.3. Démarche diagnostique
      - 3.2.4. Santé mentale
      - 3.2.5. Médico-légal – Déontologie – Juridique
      - 3.2.6. Continuité – Suivi – Coordination
      - 3.2.7. Gestion des émotions et ressenti
      - 3.2.8. Patients difficiles
      - 3.2.9. Polypathologie
      - 3.2.10. Premier recours – Urgences
      - 3.2.11. Santé et Travail
    - 3.3. Catégories problématiques : statistiques
  4. Objectif secondaire
    - 4.1. Familles de Situations Cliniques (FSC)
    - 4.2. Compétences du Médecin Généraliste (CMG)

## DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Population de l'étude
2. Échantillon de l'étude : qualité du matériel
3. Méthodologie : codage et choix des catégories

**4. Lecture transversale des résultats**

**5. Forces et limites de l'étude**

**6. Conclusion**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABLE DES MATIÈRES**

**ANNEXES**

**Titre :** étude descriptive de Traces Écrites d'Apprentissage produites par des étudiants de Formation Générale et Formation Approfondie en Sciences Médicales.

**Auteurs :** SAHIN Mikaël.

**Affiliations :** faculté de santé, Université d'Angers, Angers, France.

# RÉSUMÉ

**Introduction :** des étudiants des premier et deuxième cycles ont suivi l'Unité d'Enseignement (UE) optionnelle "Soins primaires", créé par la faculté de médecine d'Angers en 2023-2024. Elle incluait un enseignement théorique et un stage à l'issue duquel des Traces Écrites d'Apprentissage (TEA) ont été produites.

**Objectifs :** l'objectif principal était d'analyser le contenu des TEA, et de documenter les problématiques qui s'y trouvent. L'objectif secondaire était de quantifier les Familles de Situations Cliniques (FSC) et les Compétences du Médecin Généraliste (CMG).

**Méthodes :** étude descriptive mixte qualitative et quantitative, rétrospective, monocentrique. La population-cible était constituée de 30 étudiants. Le recueil a été réalisé du mois de janvier 2024 au 28 mars 2024. Les étudiants qui n'ont pas produit de TEA ou qui n'ont pas consenti à l'étude ont été exclus. L'analyse qualitative selon la méthode inductive générale a documenté les problématiques décrites par les étudiants. L'analyse quantitative a documenté les FSC et les CMG. Le codage et les statistiques ont été réalisés à l'aide de tableurs Excel avec triangulation à deux chercheurs.

**Résultats :** l'échantillon après exclusion était constitué de 24 étudiants. L'analyse qualitative a généré 11 catégories qui résument 92 problématiques significantes décrites par les étudiants. Celles liées à la « relation – communication » (20,7 %), la « santé de l'enfant et de l'adolescent » (19,6 %), et la « démarche diagnostique » (10,9 %) , représentaient 1 problématique sur 2. L'analyse quantitative a révélé que les "pathologies chroniques" (38%)

et la "santé de l'enfant et de l'adolescent" (14,3%) représentaient 1 FSC sur 2. Les CMG "approche centrée patient" (24,1%), "suivi" (22,8%) et "approche globale - complexité" (21,5%) représentaient 7 CMG sur 10.

**Conclusion :** l'« approche centrée patient » - relation et communication incluses - représentait une cause importante de difficultés. Les jeunes étudiants semblaient accorder une importance accrue à la « santé de l'enfant et de l'adolescent » comparativement aux internes. Les résultats seront diffusés au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine d'Angers, pour améliorer l'enseignement.

# INTRODUCTION

Les études de médecine en France ont été profondément réformées par la « Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé »<sup>1, 2, 3</sup>. Cette législation, mise en application dès la rentrée universitaire de 2020 sur l'ensemble du territoire national, concrétisait l'ensemble des mesures envisagées dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 »<sup>4</sup>, dévoilée en septembre 2018 par le Président de la République, Emmanuel Macron. Elle prévoyait notamment une refonte complète des modalités d'accès aux études de santé, et rénovait les trois cycles de formation en sciences médicales.

La notion de « soins primaires »<sup>5</sup>, centrale dans cette thèse, était implicitement<sup>6, 7, 8, 9</sup> intégrée à chaque étape du cursus médical réformé.

En premier lieu, elle se révélait dans les nouvelles modalités d'accès aux études de santé (Filières MMOP : Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie)<sup>10, 11, 12</sup>, qui constituaient un « véritable changement de paradigme »<sup>13</sup> dans le recrutement des futurs professionnels de santé. D'abord, le numerus clausus, introduit en 1971<sup>14</sup>, était substitué par un numerus apertus : le nombre de candidats admis dans l'une des filières de santé MMOP n'était plus fermé a priori (numerus clausus), il était ouvert (numerus apertus), et régulé par des seuils plancher et plafond, fixés par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les universités. Ensuite, elle remplaçait la Première Année Commune des Études de Santé (PACES) instaurée en 2009<sup>15</sup>, par le Parcours d'Accès Spécifique Santé (PASS) et les Licences Accès Santé (L.AS). Elle autorisait également les étudiants auxiliaires médicaux, à intégrer – sous certaines conditions – l'une des filières de santé MMOP. Enfin, « les étudiants ayant débuté

leurs études de santé à l'étranger ou ayant obtenu leur doctorat en médecine hors de l'Union européenne, pouvaient postuler »<sup>16</sup> – sous certaines conditions – à l'une des filières de santé MMOP. En combinant ces différentes mesures, l'ambition était de diversifier les profils socio-économiques des futurs professionnels de santé, et de contribuer à une « meilleure répartition territoriale de l'offre [...] en santé »<sup>17</sup>.

En second lieu, elle se manifestait dans deux autres notions complémentaires : celle de responsabilité sociale des Unités de Formation et de Recherche (UFR) en santé<sup>18, 19, 20, 21</sup>, et celle de professionnels de santé compétents. C'est ainsi que la réforme des premier (R1C) et deuxième cycle (R2C)<sup>22</sup>, complétait la réforme du troisième cycle (R3C) initiée en 2017<sup>23</sup>, en incorporant à leur parcours la notion d'apprentissage par compétences<sup>24</sup>, dérivée du concept d'Evidence Based Medicine (EBM)<sup>25</sup>, et largement développée par les Départements de Médecine Générale (DMG)<sup>26</sup> depuis plusieurs années. Cette bascule du paradigme d'enseignement à celui d'apprentissage<sup>24</sup> s'incarnait dorénavant jusque dans les cursus de Formation Générale et Formation Approfondie en Sciences Médicales (FGSM et FASM), qui s'augmentaient d'Unités d'Enseignement (UE) optionnelles : trois d'entre elles (deux mineures et une majeure) devaient avoir été validées à la fin de la 5e année.

C'est dans ce contexte global de restructuration majeure des études en santé à tous les échelons, que l'UFR en santé d'Angers – qui avait déjà été pionnière dans l'expérimentation de voies d'accès diversifiées aux études de santé<sup>27</sup> – a créé une Unité d'Enseignement (UE) optionnelle majeure libellée « soins primaires » durant l'année 2023-2024. Elle s'adresse aux étudiants de premier cycle (FGSM) et de deuxième cycle (FASM). Elle a pour but de faire découvrir la notion de soins primaires, et en particulier le rôle central de coordonnateur qu'occupe le médecin généraliste. Elle est constituée d'un enseignement théorique en

présentiel, dont une séance finale de présentation d'un travail de recherche personnel (cf. infra), et d'un Mini-Stage de Découverte des Soins Primaires (MSDSP), au décours duquel chaque étudiant produit un document constitué du récit d'une situation complexe, auquel sont adjointes les questions qu'elle soulève. Ce récit poursuit le même but que pour l'interne de médecine générale : il est une Trace Écrite d'Apprentissage (TEA) descriptive et analytique<sup>28</sup>. Le MSDSP est clos par un Groupe d'Échange et d'Analyse de Pratique (GEAP)<sup>29</sup> lors duquel les TEA rédigées par les étudiants sont analysées et discutées.

L'enseignement théorique se décompose séquentiellement comme suit :

- 1) Une séance d'enseignement inaugurale de 4h qui introduit les différents concepts de la médecine générale<sup>30</sup> et des soins primaires.
- 2) Plusieurs séances organisées en 4 modules correspondant à 4 Familles de Situations Cliniques (FCS)<sup>31</sup> : maladies chroniques (6h), santé de la femme (6h), enfants et adolescents (6h), santé et travail (6h). Chaque module est construit autour de situations cliniques, et utilise des modalités pédagogiques interactives et variées.
- 3) Une séance qui présente et fixe les objectifs du MSDSP (1h) dont la rédaction de la TEA attendue, et le GEAP qui suit le stage (2h).
- 4) Une séance qui présente et fixe les objectifs du travail de recherche personnel attendu (4h).
- 5) Une séance finale de présentation des travaux de recherche personnels réalisés par les étudiants devant l'ensemble des enseignants et la promotion d'étudiants.

Le MSDSP est constitué d'une journée, scindée ou non en deux demi-journées, auprès d'un Praticien Agréé Maître de Stage Universitaire (PAMSU), et deux demi-journées auprès de deux professionnels de santé de proximité choisis par le PAMSU dont des pharmaciens, des

infirmiers et des kinésithérapeutes. On attend de l'étudiant qu'il observe, écoute, relève, repère, échange, et (se) pose des questions.

Cette thèse est le rapport d'une étude descriptive mixte qualitative et quantitative réalisée sur l'ensemble des documents produits par les étudiants ayant choisi cette UE optionnelle sur l'année 2023-2024.

Le but était de produire un feedback à partir des résultats de l'analyse. Il s'agissait d'une veille pédagogique servant à améliorer le contenu de l'UE.

L'objectif principal était d'analyser le contenu des récits et particulièrement des problématiques qui s'y trouvaient.

Les objectifs secondaires étaient de repérer les FCS<sup>31</sup> décrites, ainsi que les Compétences du Médecin Généraliste (CMG)<sup>30</sup> que les étudiants avaient repéré.

# MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive mixte qualitative et quantitative, rétrospective, monocentrique, portant sur les TEA produites par les étudiants de FGSM et FASM, de l'UFR en santé d'Angers, qui choisissaient de poursuivre l'UE optionnelle majeure « Soins Primaires » durant l'année 2023-2024.

L'objectif principal était d'analyser le contenu des récits et particulièrement des problématiques qui s'y trouvaient.

L'objectif secondaire était d'identifier les FCS<sup>31</sup> décrites, et les CMG<sup>30</sup> repérées.

## 1. Population de l'étude

La population-cible était définie par :

- l'ensemble des étudiants de FGSM et FASM,
- ayant poursuivi l'UE optionnelle majeure « soins primaires »,
- de l'UFR en santé d'Angers,
- durant l'année 2023-2024.

Ces étudiants avaient pour consigne de produire une TEA à l'issue de leur MSDSP (cf. introduction) et de l'envoyer aux enseignants responsables du stage avant le GEAP.

La consigne pour la rédaction de cette TEA était « ouverte » : « Décrivez une situation qui vous a posé problème ou qui vous a questionné ».

Le document attendu devait comporter : 1) Le récit d'une situation vécue comme problématique ; 2) Les questions que la situation soulevait (cf. introduction).

Les critères d'inclusion d'un étudiant à l'étude étaient :

- avoir produit la TEA attendue,
- avoir consenti à participer à l'étude.

Les critères d'exclusion d'un étudiant à l'étude étaient :

- ne pas avoir produit la TEA attendue,
- ne pas avoir consenti à participer à l'étude.

## **2. Recueil des données**

Les étudiants de la population-cible étaient sollicités au cours du GEAP.

L'intérêt de l'étude leur était présenté, et un formulaire de consentement de participation à l'étude était distribué (cf. annexe I).

Les formulaires de consentement remplis et signés, ainsi que les TEA, étaient récupérés par courriel.

Le recueil des TEA s'est étendu du mois de janvier 2024 au 28 mars 2024, date de réalisation du GEAP.

Les données collectées proprement dites étaient les textes bruts des TEA.

Les TEA recueillies étaient anonymisées (cf. annexe II).

On attribuait aléatoirement et sans remise à chaque TEA un code composé de la lettre E (signifiant « Étudiant ») et un nombre entier naturel de l'intervalle [1-24].

L'anonymisation du texte brut concernait les patronymes, les dates, les lieux, et toute autre information permettant une identification. Elle consistait en la substitution du segment de texte cible par une appellation générique.

Les TEA étaient également uniformisées pour empêcher toute reconnaissance de caractère distinctif. L'uniformisation consistait à la transposition du texte brut du document original (fournis par l'étudiant) à un document générique créé par le chercheur.

On réalisait un stockage des données collectées (les textes bruts des TEA anonymisées et uniformisées) à visée de recherche selon les recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la responsabilité du directeur de recherche.

La destruction des données était réalisée à l'issue de l'étude.

### **3. Traces Écrites d'Apprentissage**

On définissait une « TEA » comme tout le texte brut, du premier mot au dernier mot, ponctuation incluse, que contenait le document fourni par l'étudiant.

On appelait « Situation » le texte brut dont la nature était le récit d'une ou plusieurs consultations.

La consultation était définie comme le contact entre un des maîtres de stage médical ou paramédical, et un patient unique : on parlait de consultation médicale ou de consultation paramédicale.

On définissait pour chaque TEA (cf. annexe III) :

- Un texte brut de nature C (pour Consultation) : il était le rapport d'une ou plusieurs consultations.
- Un texte brut de nature Q (pour Questionnement) : il formait l'ensemble des questions que se posait l'étudiant.

- Un texte brut de nature A (pour Autre) : il formait l'ensemble du texte brut qui n'était ni C ni Q.

## 4. Objectif principal

L'objectif principal était d'analyser le contenu des récits et particulièrement des problématiques qui s'y trouvaient.

Une analyse qualitative a été réalisée selon la méthode inductive générale<sup>32</sup> (ou empirico-inductive), sur l'ensemble des textes bruts de nature C et Q.

Si une TEA ne faisait le rapport d'aucune consultation, elle était exclue de l'analyse.

L'analyse a été réalisée par deux chercheurs pour assurer la triangulation et s'affranchir autant que possible du biais de subjectivité.

L'analyse a nécessité trois temps de codage<sup>33</sup> : cf. figure 1.

- Un premier temps T1 de « codage thématique » (ou « codage ouvert » ), à l'aide d'un tableur Excel, des segments de texte de nature C et Q d'intérêt pour définir des « codes thématiques ».

- Un second temps T2 de « codage problématisation », à l'aide d'un tableur Excel, des « codes thématiques » obtenus au premier temps, et permettant de définir les problématiques proprement dites : ici, on cherchait à distinguer les « codes thématiques » problématiques, de ceux qui ne l'étaient pas. On obtenait des « codes problématiques ».

- Un troisième temps T3 de « codage-synthèse », qui consistait à assembler les « codes problématiques » obtenus au second temps en « catégories problématiques ».

Le « codage thématique » permettait une contextualisation du « codage-problématisation » qui répondait à la question de recherche. On ne pouvait pas supposer que tous les « codes thématiques » obtenus au premier temps posaient problème aux étudiants. Nous avons donc réalisé cette distinction afin de circonscrire au mieux notre analyse à la question de recherche. Les « codes thématiques » du premier temps, qui n'ont pas engendré de « codes problématiques » au second temps, restaient néanmoins intéressants pour une raison principale : on supposait que s'ils étaient décrits, ils revêtaient une importance particulière pour ces jeunes étudiants. Certains d'entre eux étaient conservés et présentés dans la partie « résultats généraux ».

Concernant les « catégories problématiques » produites : cf. annexe IV

Une « catégorie problématique » était ouverte dès lors qu'au moins 2 « codes-problématiques » pouvaient être liés par une nature commune.

La génération des catégories se réalisait à mesure que l'analyse progressait.

On associait à chaque « catégorie problématique » un coefficient  $k$  qui était égal à la somme du nombre d'occurrences de chaque « codes problématiques » qu'elle contenait.

Une « catégorie problématique » avait donc d'autant plus d'importance que de « codes problématiques » qu'elle contenait, et ce d'autant plus que les « codes problématiques » qu'elle contenait était eux-mêmes documentés.

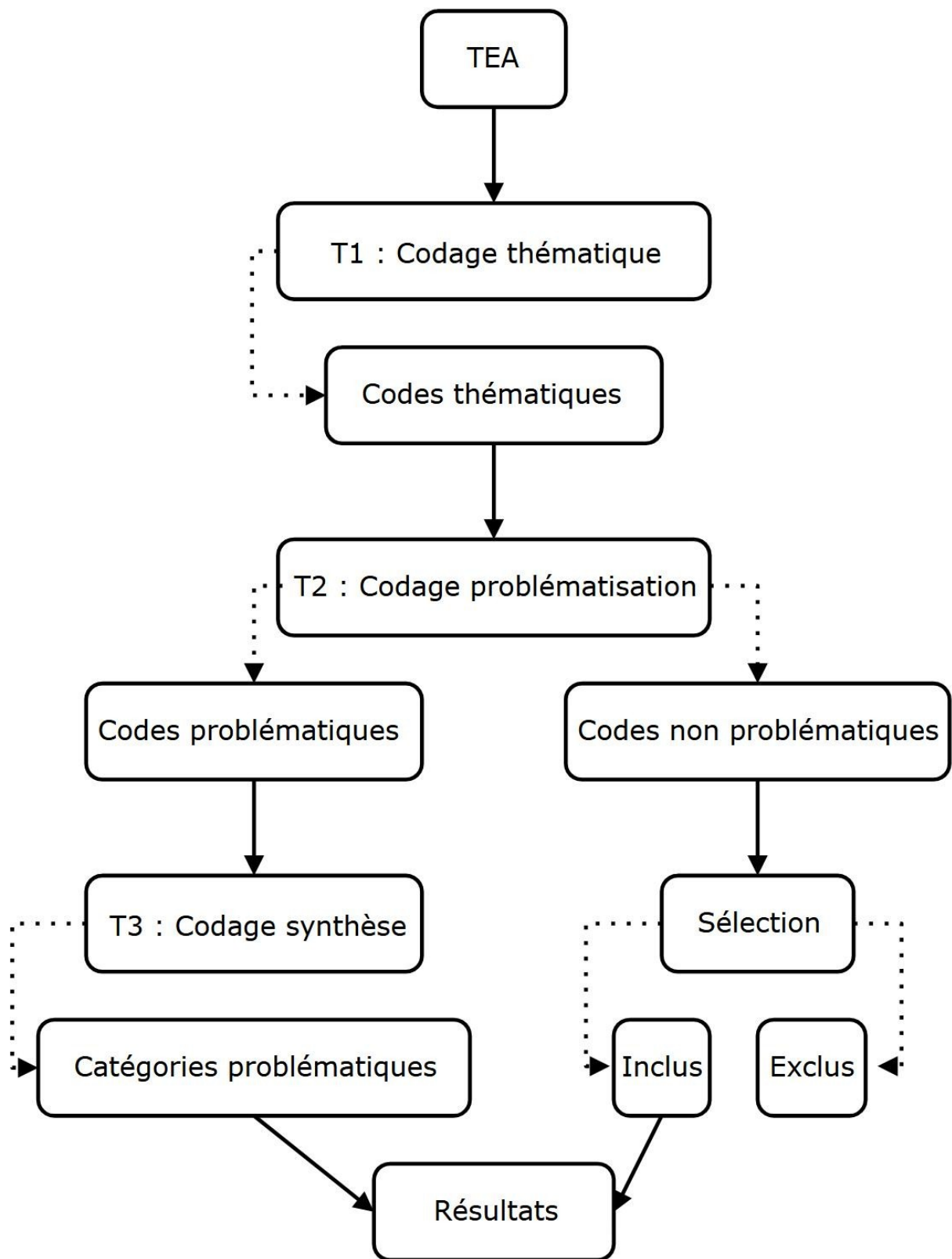


Figure 1: Méthodes : Codage.

## 5. Objectif secondaire

Il s'agissait d'identifier et de quantifier les FSC et les CMG décrites par les étudiants.

Concernant les FSC :

L'analyse était réalisée sur l'ensemble des textes bruts de nature C et Q.

Si une TEA ne faisait le rapport d'aucune consultation, elle était exclue de l'analyse.

L'analyse était réalisée par deux chercheurs – triangulation – pour s'affranchir autant que possible du biais de subjectivité.

L'identification des FCS se réalisait en tenant compte de leurs définitions selon Attali *et al.*, 2013 (cf. annexe V).

Le typage des patients (antécédents, mode de vie), la catégorisation (nosographie) des motifs de consultation, et le déroulement des consultations (rapports des étudiants), permettaient de coder les FSC.

Concernant les CMG :

L'analyse était réalisée sur l'ensemble des textes bruts de nature A, C et Q.

Dans ce contexte, il n'y avait pas de critère d'exclusion : toutes les TEA étaient incluses.

L'analyse était réalisée par deux chercheurs – triangulation – pour s'affranchir autant que possible du biais de subjectivité.

L'identification des compétences du médecin généraliste se réalisait en tenant compte de leurs définitions selon Compagnon *et al.*, 2013 (cf. annexe VI).

Les statistiques étaient réalisées avec un tableur Excel.

# RÉSULTATS

## 1. Échantillon de l'étude

La population-cible comptait 30 étudiants : 24 d'entre eux ont été inclus et ont constitué l'échantillon de l'étude.

Chaque étudiant produisait 1 TEA : dans ce contexte, 24 étudiants ont fourni 24 TEA.

Parmi ces 24 TEA, on en dénombrait :

- 19 qui faisaient le rapport d'1 consultation,
- 3 qui faisaient le rapport de 2 consultations,
- 2 qui ne faisaient le rapport d'aucune consultation.

Au total, 24 TEA ont fourni 25 consultations.

L'analyse qualitative et l'identification des FSC ont été réalisées sur les 22 TEA qui représentaient les 25 consultations : les 2 TEA qui ne faisaient le rapport d'aucune consultation étaient exclues.

L'identification des CMG a été réalisée sur les 24 TEA incluses dans l'étude.

La figure 2 reprend et présente ces données.

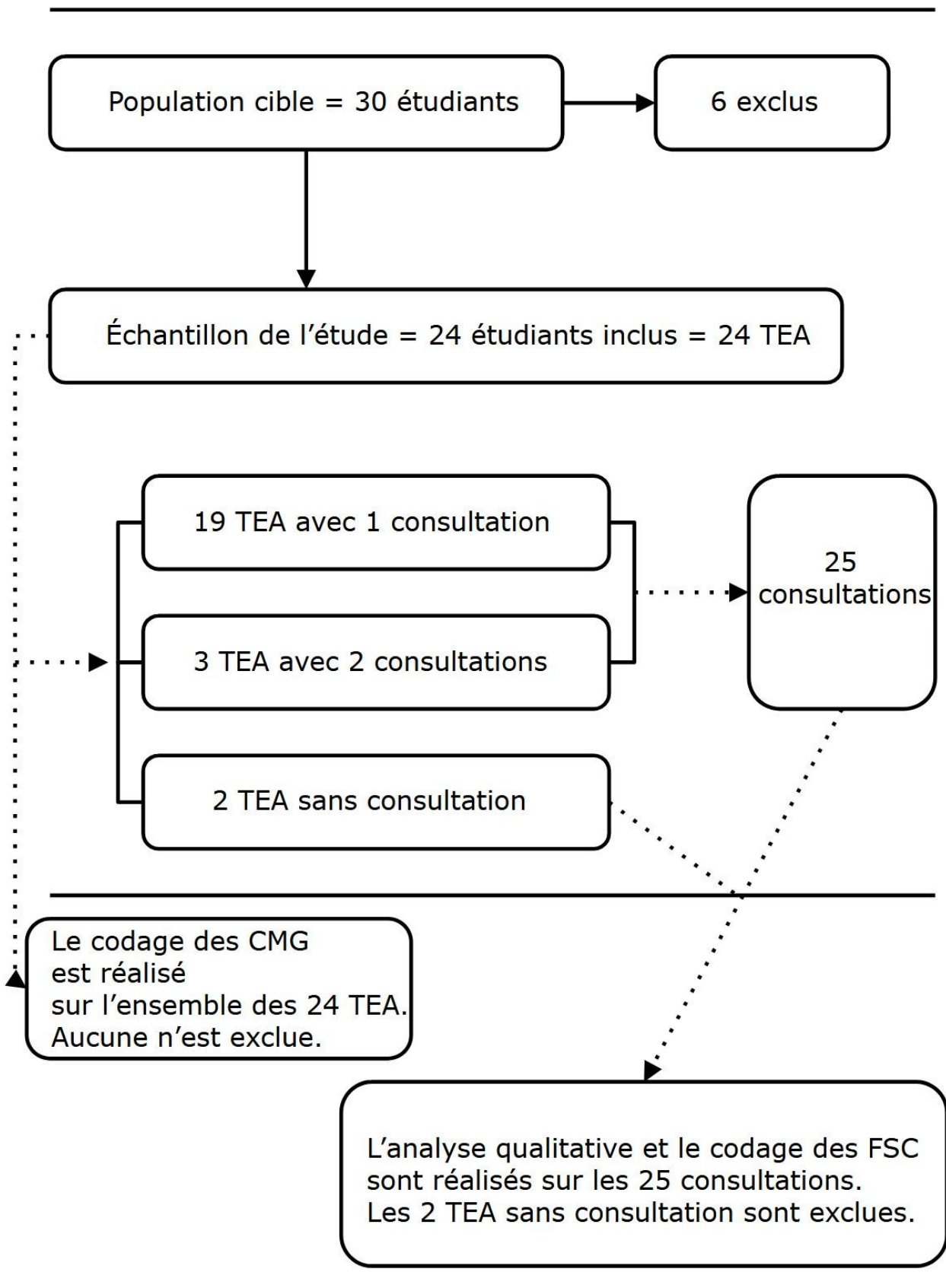


Figure 2: Résultats - Échantillon de l'étude.

## 2. Résultats généraux

### 2.1. Documents

Les 24 TEA comptaient 42 pages au total dans leurs formats originaux, soit en moyenne 1,75 page par document.

1 TEA se démarquait avec 9 pages produites.

Les 23 autres TEA faisaient entre 1 et 2 pages.

### 2.2. Consultations

Parmi les 25 consultations, 23 étaient des consultations médicales (92%), et 2 étaient des consultations paramédicales (8%).

Parmi les consultations médicales, 21 étaient réalisées en cabinet, et 1 en EHPAD.

Les 2 consultations paramédicales étaient des visites à domicile réalisées par un IDE.

La qualité de narration des consultations était globalement moyenne. Son évaluation était réalisée à titre informatif en s'inspirant de la grille du CNGE (cf. annexe VII). On attribuait une cote A à 23 consultations, une cote P 1 fois et une cote I 1 fois. On évaluait également le taux de problématisation des 25 consultations : 14 d'entre elles l'étaient, quand 11 d'entre elles ne l'étaient pas du tout. L'évaluation était binaire : il existait ou n'existait pas une problématisation. On n'évaluait pas sa qualité.

Les étudiants étaient observateurs de la consultation 20 fois, et acteurs de la consultation 5 fois. Parmi les étudiants acteurs de la consultation, 4 d'entre eux l'étaient par identification au maître de stage, et 1 seul d'entre eux l'était à la demande du maître de stage, qui le faisait intervenir directement.

### **2.2.1. Terrain des patients**

Les patients décrits étaient 10 hommes adultes (41,7%), 8 femmes adultes (33,31%), 3 nourrissons (12,5%), 2 enfants (8,3%), et 1 adolescent (4,2%).

Le tableau I précise leurs terrains.

Tableau I: Résultats généraux - Terrain des patients.

<b>Catégories</b>	<b>Nombre total de patients</b>
<b>Psychiatrie – Addictologie</b>	<b>11</b>
Dépression	5
Anxiété	3
Alcoolisme	1
Trouble du comportement alimentaire de l'adulte	1
(Autres) Troubles psychiatriques non précisés	1
<b>Pathologies cardio-vasculaires</b>	<b>10</b>
Surpoids / Obésité	4
Diabète de type II	3
HTA	2
(Autres) Pathologies cardio-vasculaires non précisées	1
<b>État Général</b>	<b>7</b>
Perte d'autonomie	2
Altération de l'État Général	1
Fièvre Prolongée Inexpliquée	1
Incurie	1
Institutionnalisation	1
Troubles psychomoteurs	1

<b>Mode de vie</b>	<b>7</b>
Contexte familial compliqué	3
Souffrance liée au travail	3
Isolement	1
<b>Douleurs chroniques</b>	<b>2</b>
<b>Orthopédie</b>	<b>2</b>
Hallux Valgus	2
<b>Pneumologie</b>	<b>2</b>
BPCO	1
SAOS	1

### 2.2.2. Motifs de consultation

Ils sont résumés dans le tableau II.

Tableau II: Résultats généraux - Motifs de consultation.

<b>Consultations médicales</b>	<b>28 motifs (1,2 motif / consultation)</b>
Renouvellement	4
Vaccination	4
Bilan général	3
Diabète de type II	2
Douleurs chroniques	2
HTA	2
Plaies	2
Anémie aiguë	1
Anxiété	1
Arrêt de travail (suivi)	1
Deuil	1
Puberté	1
Suivi post-chirurgical	1
Suivi psychologique (autres)	1
Sortie d'hospitalisation (consultation de)	1
Transition de genre (demande d'informations)	1

Consultations paramédicales	2 motifs (1 motif / consultation)
Plaies	1
Prélèvements biologiques sanguins	1

### 2.2.3. Examen clinique et prescription

Parmi les 23 consultations médicales décrites, les étudiants décrivaient 8 examens cliniques normaux, et 8 examens cliniques anormaux. On dénombrait 7 consultations pour lesquelles on ne pouvait pas analyser l'examen clinique.

En outre, les étudiants décrivaient 12 consultations qui se terminaient par au moins une prescription médicale, et 1 consultation sans prescription. On dénombrait 10 consultations pour lesquelles on ne pouvait pas analyser les prescriptions.

La nature des examens cliniques anormaux, et des prescriptions réalisées, est décrite dans le tableau III.

Tableau III: Résultats généraux - Examen clinique et prescriptions.

<b>Anomalies à l'examen clinique</b>	<b>10 anomalies (1,25 anomalie / examen anormal)</b>
Hypertension artérielle	2
Douleur abdominale provoquée à la palpation	1
Fibrillation auriculaire	1
Hallux Valgus	1
Naevus géant	1
Œdèmes	1
Otite	1
Perlèche	1
Surinfection de plaies	1
<b>Prescriptions documentées</b>	<b>19 prescriptions (1,6 élément / prescription)</b>
Psychotropes	4
Arrêts de travail	3
Hypertension (médicaments de l')	3
Adressage à un spécialiste	2
Infectieux (anti-)	2
Podologie (bilan de)	2
Biologie	1

Diabète de type II (médicament du)	1
Vaccin	1

### 3. Objectif principal

#### 3.1. Catégories problématiques : tableau de données

On générait 11 catégories qui résumaient les 92 problématiques significantes décrites par les étudiants.

La catégorie la plus représentée était « relation - communication » avec un coefficient  $k = 19$ . Les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> position étaient respectivement occupées par la « santé de l'enfant et de l'adolescent » avec un coefficient  $k = 18$ , et la « démarche diagnostique » avec un coefficient  $k = 10$ .

Ces 3 catégories représentaient environ 50 % des problématiques décrites, soit près d'1 sur 2.

La catégorie la moins représentée était « santé et travail » avec un coefficient  $k = 2$ .

Le tableau IV présente les résultats. Un commentaire pour chaque catégorie est réalisé au chapitre « 3.2 Catégories problématiques : commentaires ». Enfin, la figure 3 du chapitre « 3.3 Catégories problématiques : statistiques » représente la distribution en pourcentages de chacune des catégories.

Tableau IV: Résultats - Objectif principal : catégories problématiques.

<b>Catégories</b>		<b>Problématiques</b>
<b>1. Relation</b> <b>Communication</b> <b>k = 19</b>	Relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biais d'attribution x 3</li> <li>- Jugement moral x 2</li> <li>- Entretenir lien de confiance</li> <li>- Influencer ou Convaincre ?</li> <li>- Obtenir l'adhésion</li> <li>- Résilience</li> <li>- Soutenir les aidants</li> </ul>
	Communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus de communication x 3</li> <li>- Annonces difficiles x 2</li> <li>- Interrogatoire et sujet délicat</li> <li>- Informer entourage et secret médical</li> <li>- Troubles cognitifs et communication</li> <li>- Barrière de la langue</li> </ul>

<b>2. Santé de l'enfant et de l'adolescent</b>  <b>k = 18</b>	Nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner x 3</li> <li>- Vacciner (techniques) x 2</li> <li>- Interagir avec</li> <li>- Interroger les parents</li> <li>- Impliquer les parents</li> <li>- Fréquence du suivi</li> </ul>
	Suivi et Prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carnet de santé x 2</li> <li>- Calendrier vaccinal obligatoire</li> <li>- Évictions de l'école</li> <li>- Assistance publique</li> </ul>
	Relation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultification x 2</li> <li>- Rassurer des parents inquiets x 2</li> </ul>
<b>3. Démarche diagnostique</b>  <b>k = 10</b>	Problématisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approche bio-psycho-sociale x 3</li> <li>- Problématique indéfinie</li> </ul>
	Biais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biais d'ancrage x 2</li> <li>- Biais d'autorité</li> <li>- Perception sélective et biais de confirmation</li> </ul>
	Doute	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic de certitude vs. Diagnostic d'élimination</li> <li>- Errance diagnostique et Incertitude diagnostique</li> </ul>

<b>4. Santé mentale</b>  <b>k = 8</b>	Pathologies mixtes psychiatriques et somatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles somatoformes x 2</li> <li>- Distinguer les unes des autres</li> <li>- Hiérarchiser les priorités de PEC</li> </ul>
	Troubles anxieux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes</li> <li>- Moyens non pharmacologiques de PEC</li> </ul>
	Divers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adresser / Orienter</li> <li>- Soins psychiatriques sans consentements</li> </ul>
<b>5. Médico-légal / Déontologie / Juridique</b>  <b>k = 8</b>	Violences faites aux femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépister : Repérer, Interroger</li> <li>- Conduite à tenir</li> <li>- Secret médical</li> </ul>
	Arrêt de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arrêt de travail invalidé</li> <li>- Abus d'arrêts de travail</li> </ul>
	Lois	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protection juridique du médecin</li> <li>- Rôle des syndicats médicaux</li> <li>- Évaluation du MG par l'AM</li> </ul>
<b>6. Continuité Suivi Coordination</b>  <b>k = 6</b>	Coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication ville-hôpital</li> <li>- Coordination des soins ville – hôpital</li> <li>- Accès aux soins spécialisés ambulatoires</li> </ul>
	Suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture de suivi</li> <li>- Patients « multi-suivis »</li> </ul>
	Continuité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanence médicale</li> </ul>

<p><b>7. Gestion des émotions</b></p> <p><b>Ressenti</b></p> <p><b>k = 6</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exaspération x 3</li> <li>- Désaccord</li> <li>- Isolement (sentiment d')</li> <li>- Peur de gêner</li> <li>- Politisation</li> </ul>
<p><b>8. Patients difficiles</b></p> <p><b>k = 6</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus de soins x 5</li> <li>- Abandonner un patient ?</li> </ul>
<p><b>9. Polypathologie</b></p> <p><b>k = 5</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de consultation inadaptée</li> <li>- Structurer la consultation</li> <li>- Hiérarchiser les priorités de PEC</li> <li>- Améliorer l'observance thérapeutique</li> <li>- Règles hygiéno-diététiques</li> </ul>
<p><b>10. Premier recours</b></p> <p><b>Urgences</b></p> <p><b>k = 4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gérer l'urgence dans l'urgence</li> <li>- Expliquer l'urgence dans l'urgence</li> <li>- Accès aux soins urgents ou non-programmés</li> <li>- Signes d'alerte</li> </ul>
<p><b>11. Santé et Travail</b></p> <p><b>k = 2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de la médecine du travail</li> <li>- Promouvoir la santé au travail</li> </ul>

## 3.2. Catégories problématiques : commentaires

### 3.2.1. Relation – Communication

Il s'agissait de la catégorie la plus représentée.

Concernant la relation :

Les difficultés relationnelles les plus souvent rencontrées étaient les conséquences d'un biais d'attribution 3 fois, et d'un jugement moral 2 fois.

On définissait le biais d'attribution comme l'erreur qui consistait à imaginer les pensées et les sentiments du patient et/ou de son entourage (*Exemple : « Le patient [...] ne voulait pas en dire d'avantage, il voulait juste partir avec son traitement ».*). Le jugement moral définissait le jugement du patient et/ou de son entourage avec le système de valeurs morales propre à l'étudiant (*Exemple : « Quelle est la situation familiale de cette petite fille (qui se présente hyper maquillée chez le médecin, et d'apparence objectivement séductrice) ... Après, c'est l'adolescence ».*).

Les autres problématiques documentées concernaient les stratégies à adopter pour entretenir le lien de confiance avec le patient et/ou son entourage, obtenir l'adhésion du patient à un projet thérapeutique, la difficulté de tenir compte de la résilience du patient et/ou de son entourage dans certaines situations, en particulier celles de l'urgence.

Des interrogations concernaient les moyens de soutenir l'aidant-patient.

Plus anecdotique, un étudiant s'interrogeait sur la possibilité d'influencer un patient afin de faire accepter un soin.

Concernant la communication :

Les difficultés en rapport avec un refus de communication du patient étaient les plus souvent décrites (3 fois), ainsi que les annonces difficiles (2 fois).

Les autres difficultés concernaient l'interrogatoire du patient à propos d'un sujet délicat pour lui (tels qu'interroger un patient sur son obésité, ou son addiction à l'alcool), la délivrance d'informations à l'entourage du patient tout en préservant le secret médical, la communication avec les patients atteints de troubles cognitifs, et la barrière de la langue.

### **3.2.2. Santé de l'enfant et de l'adolescent**

Il s'agissait de la catégorie secondairement la plus représentée.

Les 3 consultations du nourrisson analysées ont toutes posé problème. La raison invoquée était une méconnaissance du nourrisson.

Les difficultés portaient sur la réalisation de l'examen clinique (mesure des données anthropométriques incluses), l'aspect technique de la vaccination, l'interaction avec le nourrisson (comment le tenir, comment « communiquer » avec lui), la conduite d'un interrogatoire ciblé sur le nourrisson, la stratégie à adopter pour impliquer les parents dans l'examen clinique et la réalisation d'éventuels gestes techniques, enfin la fréquence du suivi. Dans ce contexte, on pouvait considérer que la consultation du nourrisson, du début à sa fin, et tout motifs confondus, posait problème.

D'autres problématiques diverses étaient documentées, et concernaient la gestion en général du carnet de santé, et des courbes staturo-pondérales en particulier, le calendrier vaccinal obligatoire, la réassurance difficile des parents inquiets, les indications de l'éviction de l'école, enfin les indications et les moyens de recours à l'assistance publique dans un contexte de

danger pour l'enfant. Pour terminer, on observait 2 fois l'erreur qui consistait à voir l'enfant comme un « adulte miniature » (sur le plan physique mais aussi psychologique), que l'on nommait « adultification » (*exemple : « L., une enfant de 8 ans, venait nous voir en compagnie de sa maman [...] ; « L'examen clinique du nourrisson m'a interpellé également, car c'était ce qu'on faisait à l'adulte, mais en soins miniaturisés ».*).

### 3.2.3. Démarche diagnostique

Les difficultés portaient d'une part sur la problématisation, que l'on définissait comme l'aptitude de l'étudiant à recueillir l'ensemble des éléments d'une situation permettant de circonscrire la plainte du patient. Ils étaient mis en difficulté par des « situations plus compliquée que ça » (verbatim observés dans 3 TEA différentes), c'est-à-dire dépassant l'approche biomédicale, et faisant appel à l'approche bio-psycho-sociale. Une autre difficulté était liée aux problématiques indéfinies (par exemple, « bilan général »).

La gestion du doute (incertitude et errance diagnostiques) posait également problème.

Une autre difficulté portait sur la distinction entre diagnostic de certitude et diagnostic d'élimination.

Enfin, on observait des biais cognitifs qui corrompaient la démarche diagnostique de l'étudiant :

- Biais d'ancrage : l'étudiant fondait une grande partie de son analyse sur la première information reçue (*Exemple : « [...] le médecin généraliste constate une fibrillation auriculaire pas notifiée dans le dossier [...] l'équipe n'a pas remarqué la FA [...] Pourquoi est-ce que l'équipe hospitalière n'a pas transmis cette information ? »*).

- Biais d'autorité : l'analyse de l'étudiant était fortement influencée par celle du maître de stage (Exemple : « L'infirmier me prévient que l'hygiène dans cet appartement est déplorable et qu'il faudra s'accrocher. Effectivement, en arrivant, je découvre [...] »).
- Perception sélective et biais de confirmation : l'étudiant réalisait une sélection d'éléments d'une situation complexe (perception sélective), qui confirmait l'idée qu'il en avait déjà (biais de confirmation). Exemple : « [...] tout portait à croire que c'était de l'anxiété, cependant, il fallait continuer les explorations avant de porter ce diagnostic ».

#### **3.2.4. Santé mentale**

Les pathologies mixtes psychiatriques et somatiques posaient problème, en particulier la difficulté de prise en charge des troubles somatoformes étaient soulignées, mais aussi celle, plus subtile, de l'intrication de pathologies psychiatriques et somatiques (comment distinguer les unes des autres), et de la hiérarchisation des priorités de prise en charge dans le contexte.

Des interrogations concernaient les causes des troubles anxieux, et les moyens non pharmacologiques d'y remédier.

Enfin, des considérations plus générales étaient observées, et concernaient les indications d'adressage à un psychiatre, et celles des soins psychiatriques sans consentements ainsi que de leurs procédures.

#### **3.2.5. Médico-légal – Déontologie – Juridique**

Les violences faites aux personnes, et en particulier aux femmes, posaient question. Les difficultés concernaient le dépistage (comment repérer les situations à risque, comment

interroger une personne suspecte d'être victime), et la conduite à tenir médicale et médico-légale. La notion de secret médical était interrogée dans le contexte.

D'autres interrogations concernaient certains aspects juridiques divers de l'exercice de la médecine :

- la protection juridique des médecins,
- les rôles des syndicats médicaux,
- l'évaluation de la pratique du médecin généraliste par l'assurance-maladie,
- la conduite à tenir en cas d'arrêt de travail invalidé par l'assurance-maladie,
- et les conséquences juridiques d'un « abus d'arrêts de travail ».

### **3.2.6. Continuité – Suivi – Coordination**

Les étudiants rapportaient des difficultés à communiquer avec les soignants hospitaliers, à coordonner les soins ambulatoires avec ceux pratiqués à l'hôpital, et soulignait la difficulté d'accès à certains soins spécialisés ambulatoires, en particulier la cardiologie était citée.

D'autres interrogations concernaient les ruptures de suivi, en particulier les stratégies à adopter pour les éviter, et les façons d'améliorer le suivi de patients « multi-suivis » (patients suivis par plusieurs médecins et/ou plusieurs structures).

Enfin, la difficulté d'initier et/ou de poursuivre une prise en charge médicale ambulatoire les soirées, les week-ends, les jours fériés, et en périodes de vacances étaient mentionnées, regroupées sous le libellé « permanence médicale ».

### **3.2.7. Gestion des émotions et ressenti**

Parmi les 25 consultations analysées, on observait également 1 étudiant exaspéré par un parent, 1 étudiant exaspéré par un patient, 1 étudiant exaspéré par l'heure tardive d'une consultation, 1 étudiant qui avait « peur de gêner » (sic), 1 étudiant qui mentionnait un « isolement » (sic) du médecin généraliste, 1 étudiant en désaccord avec la prise en charge du PAMSU, et enfin 1 étudiant qui politisait son rapport.

### **3.2.8. Patients difficiles**

La problématique la plus représentée était le refus de soins, observée 5 fois. Dans cette catégorie, le refus de soins est en rapport avec un « vrai » refus, qui a posé problème au PAMSU – et par procuration à l'étudiant – mais aussi au patient qui se trouvait placé, par lui-même, dans une impasse thérapeutique.

Les interrogations qui s'y rapportaient concernaient les stratégies à adopter pour gérer au mieux ces refus, mais aussi les éviter.

Enfin, un étudiant s'interrogeait sur la possibilité d'abandonner le suivi d'un patient qui plaçait le médecin en situation d'échec.

### **3.2.9. Polypathologie**

Les difficultés rencontrées étaient conséquence de la durée des consultations jugée inadaptée au contexte. Les interrogations concernaient la structuration d'une « consultation polypathologique », et la hiérarchisation des priorités de prise en charge.

D'autres interrogations portaient sur les stratégies à adopter pour améliorer l'observance thérapeutique en général, et le respect des règles hygiéno-diététiques en général.

### **3.2.10. Premier recours – Urgences**

Les difficultés concernaient la gestion de l'urgence dans l'urgence, en particulier l'élaboration et la coordination d'une prise en charge, et l'explication – au patient ou à son entourage – de l'urgence dans l'urgence.

Les étudiants mentionnaient également les difficultés d'accès ambulatoires aux soins urgents ou non-programmés qui ajoutaient un niveau de difficulté à la gestion des urgences ambulatoires. Enfin, des interrogations portaient sur l'éducation – du patient ou de son entourage – à la reconnaissance des signes d'alerte, et aux consignes qui doivent faire consulter en/aux urgence(s).

### **3.2.11. Santé et Travail**

Elles concernaient surtout l'organisation de la médecine du travail, et les stratégies à adopter pour la promouvoir.

### 3.3. Catégories problématiques : statistiques

La figure 3 représente la distribution en pourcentages de chacune des catégories.

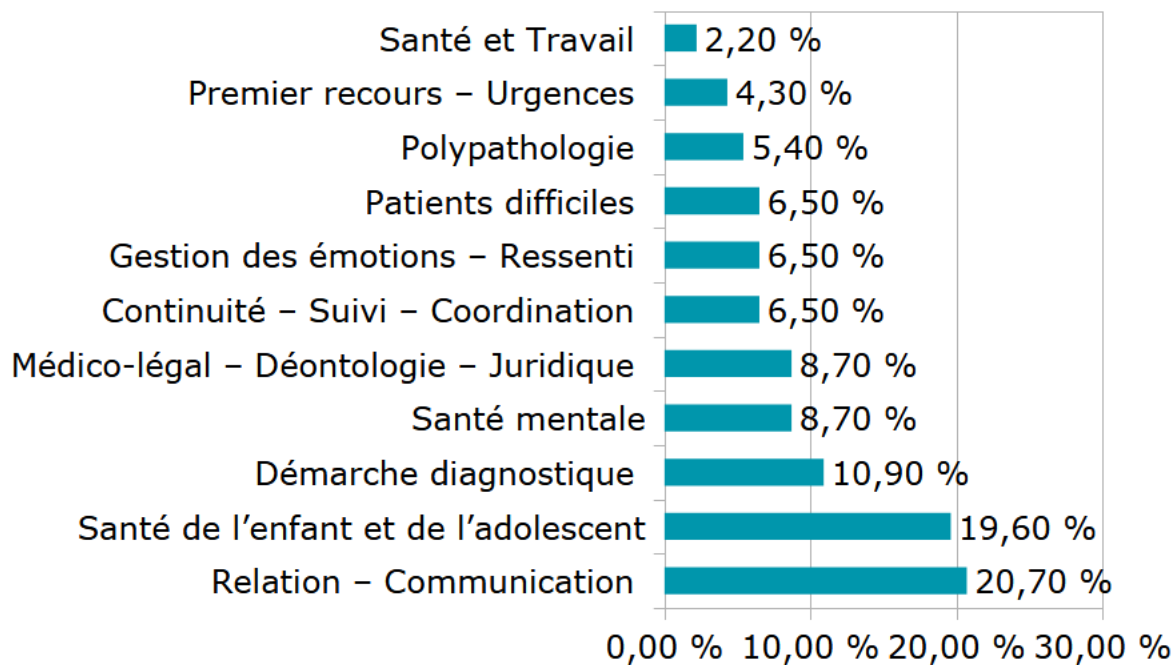


Figure 3: Résultats - Objectif principal : catégories problématiques.

## 4. Objectif secondaire

### 4.1. Familles de Situations Cliniques (FSC)

On dénombrait un total de 42 FSC pour 25 consultations analysées. On obtenait une moyenne d'environ 1,7 FSC / consultation.

Les 2 FSC les plus documentées étaient « pathologies chroniques » avec 16 occurrences, et « santé de l'enfant et de l'adolescent » avec 6 occurrences. Ces 2 FSC représentaient 52,3 % du total des FSC documentées, soit environ 1 FSC sur 2.

La FSC « patients d'autres cultures » n'était pas du tout documentée.

Les 2 FSC les moins documentées étaient les « patients difficiles » et les « situations sociales » qui comptaient chacune 1 seule occurrence.

La figure 4 représente le nombre total d'occurrences de chaque FSC.

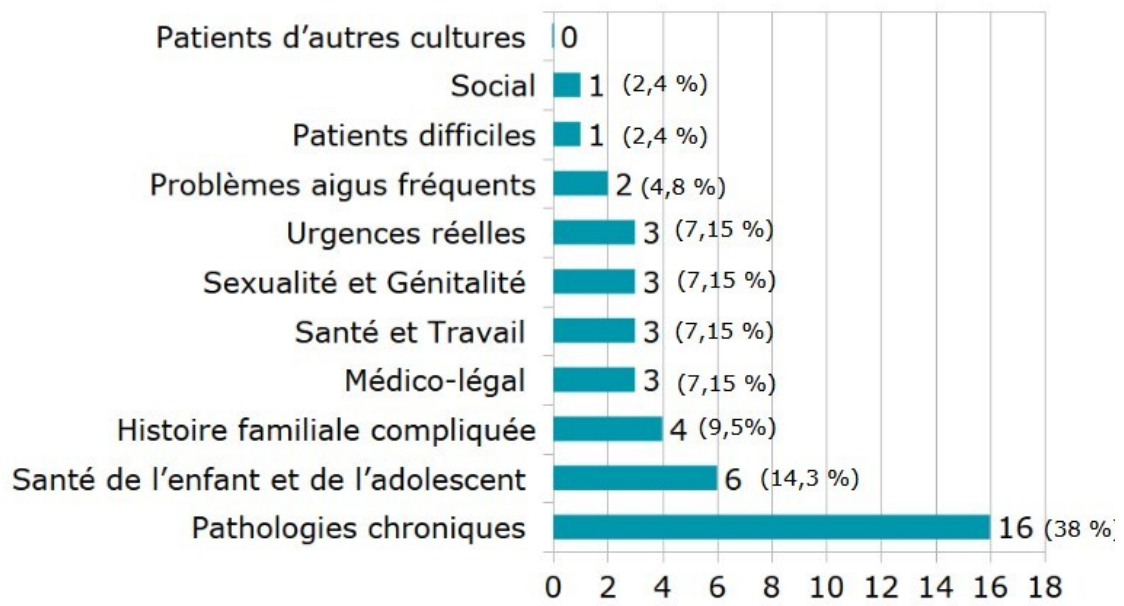


Figure 4: Résultats - Objectif secondaire : familles de situations cliniques.

## 4.2. Compétences du Médecin Généraliste (CMG)

On dénombrait un total de 79 CMG pour 24 TEA analysées. On obtenait une moyenne de 3,3 CMG / TEA.

Les 3 CMG les plus documentées étaient « approche centrée patient / relation / communication » avec 19 occurrences, « continuité / suivi / coordination » avec 18 occurrences, et « approche globale et complexité » avec 17 occurrences. Elles représentaient presque 70 % du nombre total des CMG soit environ 7 CMG sur 10.

La CMG la moins documentée était « professionnalisme » avec 6 occurrences.

La figure 5 représente le nombre total d'occurrences de chaque CMG.

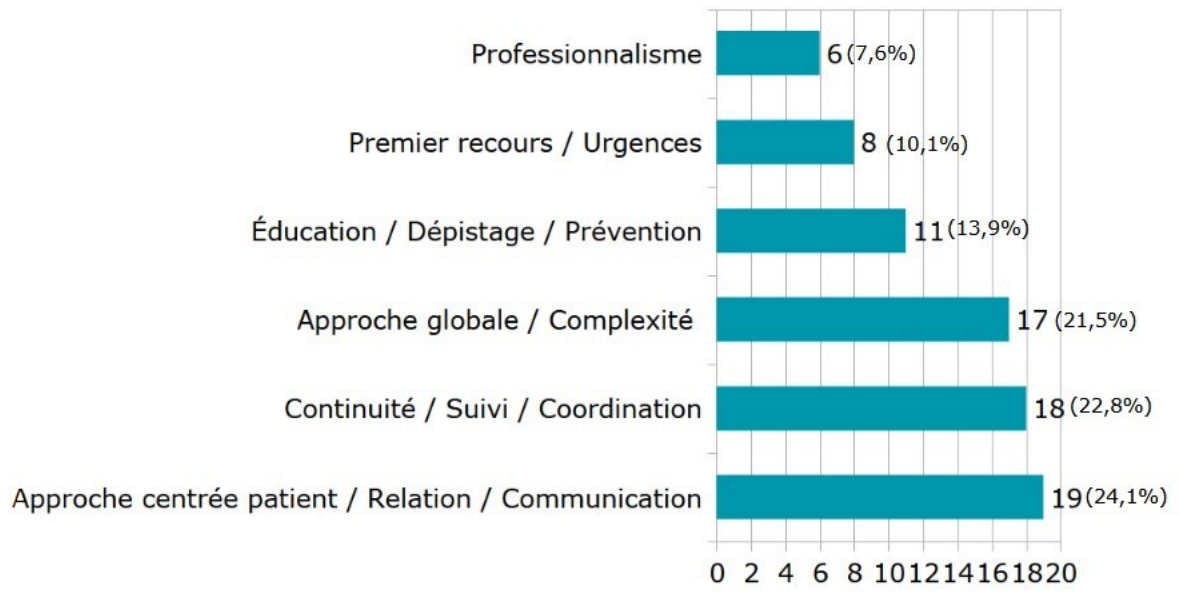


Figure 5: Résultats - Objectif secondaire : compétences du médecin généraliste.

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Population de l'étude

Les étudiants étaient jeunes, et découvraient, pour une grande majorité d'entre eux, la pratique de la médecine. Des situations banales pour des internes pouvaient ne pas l'être pour eux.

En outre, le stage était court (2 jours), et certaines situations qu'ils ne voyaient qu'une seule fois pouvait laisser une empreinte qu'elle n'aurait probablement pas laissé si le nombre des expositions avait été plus grand. C'est particulièrement le cas des situations cliniques « caricaturales » (entendu, pour de jeunes étudiants), qui engendrent un degré de problématisation élevé, par rapport à des situations plus « standards ». On cite par exemple, les 6 consultations de l'enfant ou de l'adolescent documentées, qui sont toutes problématisées, représentant à elles seules près d'1 consultation problématisée sur 2 (6/14).

## 2. Échantillon de l'étude : qualité du matériel

L'analyse qualitative se réalisait sur des TEA de qualité moyenne, sans aucune problématisation 1 fois sur 2 environ, ce qui a évidemment influencé la qualité de nos résultats, en particulier l'identification de ce qui a posé problème aux étudiants. Cela explique que peu de problématiques soient récurrentes (14 pour 92 problématiques retenues, soit environ 15 %), et le choix d'une analyse qualitative « pure », mettant l'accent sur la nature des problématiques identifiées, plutôt que sur leur nombre. La création du coefficient k est informative, et ne doit pas faire moins considérer les catégories moins représentées.

La création, au sein de l'UE, d'une séance dédiée uniquement aux TEA semble adaptée. La séance pourrait être faite d'une présentation de la TEA en tant que « concept », de son intérêt, et un guide à la rédaction de « TEA simplifiées » pourrait être fourni aux étudiants, de manière à standardiser leur rédaction, accroître la qualité des TEA au fil des générations, et faciliter leur analyse le cas échéant. On souligne par ailleurs l'avantage d'une pratique standardisée précoce : on peut supposer la qualité chez les internes pourrait mécaniquement s'améliorer, quand on sait qu'elle est rarement « bonne ». Une des seules études<sup>34</sup> sur le sujet en langue française – thèse commune des Dr BENOIST et SILVESTRE DE FERRON – dénombrait 320 TEA « non réflexives » pour 360 TEA analysées à l'aide de la grille REFLECT<sup>35</sup> traduite en français. Ils concluaient qu' « avec l'absence marquante de réflexivité dans les RSCA, il sembl[ait] nécessaire d'aborder davantage la réflexivité au cours de l'internat de médecine générale mais également la bonne compréhension de l'exercice demandé ». Notre étude corrobore ces observations, et suggère d'augmenter l'UE optionnelle d'une séance dédiée au sujet (cf. supra).

### **3. Méthodologie : codage et choix des catégories**

Le choix d'une catégorie plutôt qu'une autre est toujours subjectif, donc toujours discutable.

C'est pourquoi on s'est efforcé de produire :

- des catégories dont la nature rappelait celles des cours dispensés dans le cadre de l'UE (cf. introduction),
- des catégories ni trop restrictives – ce qui rendrait la contextualisation impossible – ni trop vagues – ce qui empêcherait de circonscrire les problématiques,

- des catégories cohérentes pour un stage de soins primaires, raison pour laquelle l'accent est mis sur les compétences du médecin généraliste.

On peut remarquer que certaines problématiques auraient pu être incluses dans d'autres catégories que celle dans lesquelles elles figurent. Si le choix d'une catégorie plutôt qu'une autre a été fait, c'est que le contexte dans lequel la problématique était rencontrée, suggérait cette classification. Évidemment, les frontières en médecine sont poreuses, et l'on ne peut imaginer confiner définitivement telle ou telle problématique à telle ou telle catégorie. On recommande donc une lecture transversale de l'étude, confrontant les données obtenues à l'analyse qualitative, à celles de l'analyse quantitative (cf. infra).

Enfin, le chercheur réalisait une analyse qualitative pour la première fois. Une triangulation à deux chercheurs a été réalisée pour s'affranchir autant que faire se peut du biais de subjectivité – et dans ce cas précis, d'inexpérience.

## 4. Lecture transversale des résultats

Les résultats des deux analyses sont complémentaires et doivent être confrontés.

Les 3 FSC les moins représentées étaient dans l'ordre :

- Patients d'autres cultures (0%),
- Problèmes sociaux (2,4%) et Patients difficiles (2,4%).

Ce résultat est fréquent dans les études portant sur le sujet<sup>36, 37</sup>.

La FSC pathologies chroniques était la plus représentée ce qui est une constante dans toutes les études portant sur le sujet<sup>36, 37, 38</sup>.

Par contre, la FSC qui arrivait en 2<sup>e</sup> position était « santé de l'enfant et de l'adolescent », ce qui n'est jamais le cas dans les études portant sur le sujet<sup>36, 37, 38</sup>. En outre, il s'agissait de la

2<sup>e</sup> catégorie problématique documentée avec un coefficient  $k = 18$  proche de la 1<sup>ère</sup> catégorie problématique documentée (« relation – communication » avec un coefficient  $k = 19$ ).

On suppose que la prépondérance de ces problématiques est liée aux grades des étudiants. Ils étaient tous des étudiants de DFGSM et DFASM. À ce stade du cursus, peu d'étudiants sont familiarisés avec la population pédiatrique. Comme mentionné plus haut, 6 consultations problématisées sur 14 (prêt d'1 sur 2) étaient des consultations de l'enfant ou de l'adolescent.

La confrontation des données permet d'affirmer, que la rencontre entre de jeune étudiants et de jeunes patients est quasi-toujours problématique.

Ce résultat pourrait être spécifique des étudiants de grades « inférieurs » dans la mesure où ils ne sont jamais obtenus chez les internes.

L'UE est déjà constituée d'un module spécifique de 6h. Dans ce contexte, l'amélioration de l'UE pourrait consister à suggérer aux PAMSU d'augmenter l'exposition des étudiants à la population pédiatrique, dans le but d'adjoindre à l'enseignement théorique, un enseignement pratique « au lit du malade ».

On observe par ailleurs une moindre représentation des FSC « problèmes aigus fréquents » et « urgences réelles » qui se disputent les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> place chez les études réalisées chez les internes. Ces 2 FSC ne semblent pas avoir été problématiques, dans la mesure où la catégorie problématique qui s'y rapporte peut être jugée de secondaire devant le poids des autres.

Si la catégorie polyopathie n'a qu'un coefficient  $k = 5$ , l'analyse des principales catégories problématiques et des CMG révèle une réalité intéressante : elles sont toutes des compétences du MG absolument nécessaire à la PEC des patients polyopathologiques. C'est le cas :

- de la 1ère catégorie problématique : « relation - communication » (k = 19),
- de la 3<sup>e</sup> catégorie problématique : « démarche diagnostique » (k = 10),
- des 3 CMG avec le plus grand nombre total d'occurrences : approche centrée patient (24,8%), continuité (22,8%), et approche globale (21,5%).

Si la polypathologie en tant qu'ensemble de problématiques biomédicales ne semblent pas avoir attiré l'attention des étudiants, ce sont les compétences à mobiliser qui semblent les avoir marqué.

L'étude<sup>39</sup> réalisée par Flora JOSEPH MELCHIOR SRIKUMAR portant sur le nombre d'occurrences des « concepts de médecine générale »<sup>40</sup> selon Marice-Alice BOUSQUET, révélait une prépondérance de la catégorie « relation » dans laquelle était incluse les « éléments de communication ».

Notre étude ne dérogeait pas à la règle et retrouvait les mêmes résultats chez ces jeunes étudiants.

Enfin, il est intéressant de noter que la « gestion des émotions » (k= 6) et les « patients difficiles » (k = 6) pourraient justifier la création de deux séances dédiées, pour être abordés simultanément : la première serait un enseignement théorique, la seconde une simulation, afin d'introduire, chez ces jeunes étudiants, l'importance de la maîtrise de soi dans toutes les situations (item qui s'intègre dans la compétence « professionnalisme »).

## 5. Forces et limites de l'étude

### Forces

Elle est originale. Nous avons trouvé qu'une seule étude<sup>41</sup> en langue française portant sur le sujet, réalisée chez de jeunes étudiants.

Elle est cohérente. Les résultats obtenus aux 2 analyses se complètent et offrent une vision globale du vécu de ce stage par les jeunes étudiants.

Elle est informative, et permet de dégager des pistes d'améliorations de l'enseignement.

### Limites

L'échantillon de l'étude est limité (24 étudiants).

La durée du stage est courte (2 jours) et influence probablement la nature des situations sélectionnées pour la rédaction des TEA, et donc indirectement celle des résultats.

L'UE indirectement étudiée dans cette étude ne concerne que l'UFR en Santé d'Angers limitant la portée des résultats.

Le chercheur réalisait une analyse qualitative pour la première fois.

## 6. Conclusion

Les problématiques liées à l'« approche centrée patient » étaient prépondérantes. En outre, l'étude suggère que les jeunes étudiants accordent une importance accrue à la « santé de l'enfant et de l'adolescent » comparativement aux internes.

Elle est informative et permet une amélioration immédiate de l'UE :

- création d'une séance dédiée aux TEA,
- augmenter l'exposition des étudiants à la population pédiatrique lors du MSDSP,
- création de deux séances dédiées à la gestion des émotions et des patients difficiles,
- axer le travail de recherche personnel des étudiants sur les catégories problématiques,
- communiquer les résultats de l'étude aux PAMSU de manière à leur fournir des données concrètes enrichissant l'enseignement sur le terrain.

## BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260>
2. <https://www.vie-publique.fr/loi/268696-projet-de-loi-organisation-et-la-transformation-du-systeme-de-sante>
3. Cette loi a été publiée au Journal officiel de la République Française (JORF) le 26 juillet 2019 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2019/07/26/0172>
4. <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>.
5. Voir à ce sujet la définition des « soins primaires » que donne l'OMS dans la déclaration d'Alma-Ata de 1978 : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>
6. Voir à ce sujet BOURGUEIL Yann, « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux », Revue française des affaires sociales, p. 11-20. DOI : 10.3917/rfas.103.0011. URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-11.htm>  
L'idée que la notion de « soins primaires » soit méconnue (dans le sens « mal définie ») en France y est développée. On la retrouve pourtant au coeur de la réforme qui ne la nomme pas explicitement.

Voir à ce sujet :

7. MOYAL Anne, FOURNIER Cécile, « Après Ma santé 2022, encore de multiples défis à relever pour les soins primaires en France », *Les Tribunes de la santé*, 2022/1 (N° 71), p. 33-45. DOI : 10.3917/seve1.071.0033. URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante-2022-1-page-33.htm>. On y fait remarquer que la notion de « soins primaires » (soins extra-hospitaliers et non spécialisés) se distingue de celle de « soins de proximité » (qui inclus les soins primaires et les soins spécialisés hospitaliers de proximité).

On peut également consulter, à ce sujet :

8. HASSENTEUFEL Patrick, NAIDITCH Michel, SCHWEYER François-Xavier, « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, p. 11-31. DOI : 10.3917/rfas.201.0011. URL : <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-11.htm>

et :

9. Mélanie M. Afonso, Antoine Bénard, Anthony Chapron, Kenora Chau, Eric Doussiet, et al.. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. *Epidemiology and Public Health = Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2018, 66 (2), pp.157-162. 10.1016/j.respe.2017.09.004.hal-01708871v2.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2017.09.004>

10. <https://www.parcoursup.gouv.fr/trouver-une-formation/zoom-sur-des-formations-en-sante-pass-las-et-ifsj/comment-acceder-aux-etudes-1317>

11. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/le-parcours-d-acces-specifique-sante-pass-et-la-licence-acces-sante-las-50951>

12. Elle s'appuie largement sur la stratégie développée dans le « Rapport Jean-Paul Saint-André » publié le 18 décembre 2018.

<https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/refonte-du-premier-cycle-des-etudes-de-sante-pour-les-metiers-medicaux-47779>

13. [https://www.senat.fr/rap/r20-585/r20-585\\_mono.html#toc12](https://www.senat.fr/rap/r20-585/r20-585_mono.html#toc12). I.A.2.Paragraphe 5.

Ligne 1.

14. Le numerus clausus introduit en 1971 fixait strictement le nombre d'étudiants admis à poursuivre leurs études en deuxième année de médecine.

Cf. article 15 de la « Loi n° 71-557 du 12 juillet 1971 aménageant certaines dispositions de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000322074>

15. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020828203>

16. <https://conferencedesdoyensdemedecine.org/les-formations/les-etudes-de-medecine/les-cycles/>

17. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/pourquoi-reformer-les-etudes-de-sante-50930>

18. Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine - Contribution collective de la conférence pour le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. *Pédagogie Médicale*, 12 1 (2011) 37-48.

DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/201101>

19. La responsabilité sociale des facultés de médecine, un moyen de réconcilier les étudiants avec leur engagement médical. Benoit Valentin Tudrej. *Pédagogie Médicale*, 14 1 (2013) 73-74. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2012028>

20. ALLEMAND Hubert, « La responsabilité sociale des facultés de médecine : questions et enjeux », *Santé Publique*, 2003/HS (Vol. 15), p. 131-136. DOI : 10.3917/spub.hs030.0131. <https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-sante-publique-2003-HS-page-131.htm>

21. CAMELOT Gabriel, MONNET E, « La responsabilité sociale des facultés de médecine dans l'évolution du système de santé. Quelles attentes et quelles réponses des principaux intervenants et des facultés ? », *Santé Publique*, 2003/HS (Vol. 15), p. 201-220. DOI : 10.3917/spub.hs030.0201.

<https://www-cairn-info.buadistant.univ-angers.fr/revue-sante-publique-2003-HS-page-201.htm>

22. <https://u-paris.fr/medecine/ressources-sur-la-reforme-r2c-second-cycle-medecine/>

23. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/reforme-du-3e-cycle-des-etudes-de-medecine-une-formation-renovee-modernisee-et-simplifiee-49202>

24. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? Jean Jouquan et Philippe Bail. *Pédagogie Médicale*, 4 3 (2003) 163-175. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed:2003006>

25. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. Bernard Gay et Marie-Dominique Beaulieu. *Pédagogie Médicale*, 5 3 (2004) 171-183. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed:2004025>

26. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. *exercer*. 2006;76:31-2.

et : LE MAUFF P, BAIL P, GARGOT F, GARNIER F, GUYOT H, HONNORAT C, et al. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale, Aspects théoriques, réflexions pratiques. *Exercer*. Avr 2005;(73):63-9.

27. [https://www.lemonde.fr/campus/article/2016/10/25/avec-pluripass-l-universite-d-angers-revolutionne-les-etudes-de-medecine\\_5019774\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2016/10/25/avec-pluripass-l-universite-d-angers-revolutionne-les-etudes-de-medecine_5019774_4401467.html)

28. E. Galam, Produire des traces d'apprentissage : le RSCA. *La Revue du praticien Médecine générale*, vol.794, pp.92-93, 2008.

29. 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

William Bellanger, Catherine De Casabianca, Anne-Victoire Fayolle, Anne-Laurence Penchaud, Régis Coutant et Clément Guineberteau. *Pédagogie Médicale*, 18 1 (2017) 31-37. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2017026>

30. 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.

file:///C:/Users/micka/Downloads/exercer108\_compagnon\_A\_ss\_coupe.pdf

31. Attali C, Huez J, Valette T, Lehr A. Les grandes familles de situations cliniques. *exercer* 2013;108:165-9. file:///C:/Users/micka/Downloads/exercer108\_Attali\_ss\_coupe-1.pdf

32 : Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>

33. Approche inspirée de Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative. *Global Média Santé*, 2021 ; p.59.

34. Romain Benoist, Benoit Silvestre de Ferron. Évaluation de la qualité réflexive des RSCA de la promotion d'internes de médecine générale de 2017 de l'Université de Bordeaux par la grille REFLECT. *Médecine humaine et pathologie*. 2023. dumas-04442476 .

35. Évaluer la réflexivité à travers les traces écrites d'apprentissage des étudiants en santé : traduction et adaptation interculturelle de la grille REFLECT. Racha Onaisi, François Severac et Mathieu Lorenzo. *Pédagogie Médicale*, 22 1 (2021) 15-26. DOI: <https://doi.org/10.1051/pmed/2021001>

36. Emmanuelle Burnat. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les maîtres de stage universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018. dumas-02414481.

37. Badr-Eddine El-Bachri Hicheur. Description de la répartition des familles de situations cliniques rencontrées par les maîtres de stage universitaires de niveau 1 de l'UPEC dans leur activité de soins. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2018. dumas-02418252.

38. Brasseur N, Patrice C, Colléony T, Schwartzbrod P, Noël F, Coste S. Analyse descriptive du contenu des RSCA et des questionnements des étudiants à partir d'une promotion d'étudiants militaires. *Exercer* 2024;207:424-30.

39. [https://www.sfmfg.fr/upload/fichier\\_these\\_flora\\_jms\\_concepts\\_en\\_mg\\_et\\_rsca56fb9.pdf](https://www.sfmfg.fr/upload/fichier_these_flora_jms_concepts_en_mg_et_rsca56fb9.pdf)

40.

[https://www.sftg.eu/media/these\\_mariealice\\_bousquet\\_\\_2013\\_\\_043786800\\_1645\\_28122017.pdf](https://www.sftg.eu/media/these_mariealice_bousquet__2013__043786800_1645_28122017.pdf)

41. Milad Sanavi. Stage d'immersion brève en soins primaires ambulatoires de médecine générale : quels objectifs de formation et moyens pédagogiques pour des étudiants en troisième année de médecine ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00845756.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Méthodes : Codage.....	13
Figure 2: Résultats - Échantillon de l'étude.....	16
Figure 3: Résultats - Objectif principal : catégories problématiques.....	37
Figure 4: Résultats - Objectif secondaire : familles de situations cliniques.....	39
Figure 5: Résultats - Objectif secondaire : compétences du médecin généraliste.....	41

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Résultats généraux - Terrain des patients.....	19
Tableau II: Résultats généraux - Motifs de consultation.....	21
Tableau III: Résultats généraux - Examen clinique et prescriptions.....	23
Tableau IV: Résultats - Objectif principal : catégories problématiques.....	26

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>C</b>
.....	<b>V</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>MÉTHODES.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Population de l'étude.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Recueil des données.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Traces Écrites d'Apprentissage.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Objectif principal.....</b>	<b>11</b>
<b>5. Objectif secondaire .....</b>	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>15</b>
<b>1. Échantillon de l'étude.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Résultats généraux.....</b>	<b>17</b>
2.1. Documents.....	17
2.2. Consultations.....	17
2.2.1. Terrain des patients.....	18
2.2.2. Motifs de consultation.....	20
2.2.3. Examen clinique et prescription.....	22
<b>3. Objectif principal.....</b>	<b>25</b>
3.1. Catégories problématiques : tableau de données.....	25
3.2. Catégories problématiques : commentaires.....	30
3.2.1. Relation – Communication.....	30
3.2.2. Santé de l'enfant et de l'adolescent.....	31
3.2.3. Démarche diagnostique.....	32
3.2.4. Santé mentale.....	33
3.2.5. Médico-légal – Déontologie – Juridique.....	33
3.2.6. Continuité – Suivi – Coordination.....	34
3.2.7. Gestion des émotions et ressenti.....	35
3.2.8. Patients difficiles.....	35
3.2.9. Polypathologie.....	35
3.2.10. Premier recours – Urgences.....	36
3.2.11. Santé et Travail.....	36
3.3. Catégories problématiques : statistiques.....	37
<b>4. Objectif secondaire.....</b>	<b>38</b>
4.1. Familles de Situations Cliniques (FSC).....	38
4.2. Compétences du Médecin Généraliste (CMG).....	40
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION.....</b>	<b>42</b>
<b>1. Population de l'étude.....</b>	<b>42</b>
<b>2. Échantillon de l'étude : qualité du matériel.....</b>	<b>42</b>
<b>3. Méthodologie : codage et choix des catégories.....</b>	<b>43</b>
<b>4. Lecture transversale des résultats.....</b>	<b>44</b>

<b>5. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>47</b>
<b>6. Conclusion.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>49</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>57</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

# ANNEXES

## Annexe I : Formulaire de consentement



Travaux de recherche Département de Médecine Générale d'Angers  
Formulaire de consentement



■ UFR SANTÉ  
Département de Médecine Générale  
Faculté de Santé d'Angers  
Rue Haute de Reculée  
49045 Angers CEDEX 01

### DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR UTILISATION D'UN RECIT A DES FINS DE RECHERCHE DANS LE CADRE DE L'OPTIONNEL des SOINS PRIMAIRES

Je soussigné(e) (Nom Prénom) \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants :

- Un récit d'une situation authentique vécue en stage d'observation de l'Optionnel des soins primaires a été écrit dans le cadre de la préparation du Groupe d'échange de pratiques qui a eu lieu le 28 mars 2024.
- Ce récit fera l'objet de recherches dans le cadre d'une thèse de médecine générale, portant sur les représentations des étudiants concernant les soins primaires.
- Les données seront anonymisées en intégralité (étudiants, médecins, autres professionnels de santé, patients et lieux).
- Les données seront conservées après anonymisation jusqu'à la soutenance publique de la thèse.
- L'écrit pourra être effacé à ma demande et sans justification.

Je consens à ce que mon récit soit utilisé pour la recherche au sein de la faculté de Santé de l'Université d'Angers.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'étudiant :

Signature de l'enseignante et directrice de thèse  
Pre Cécile Angoulvant

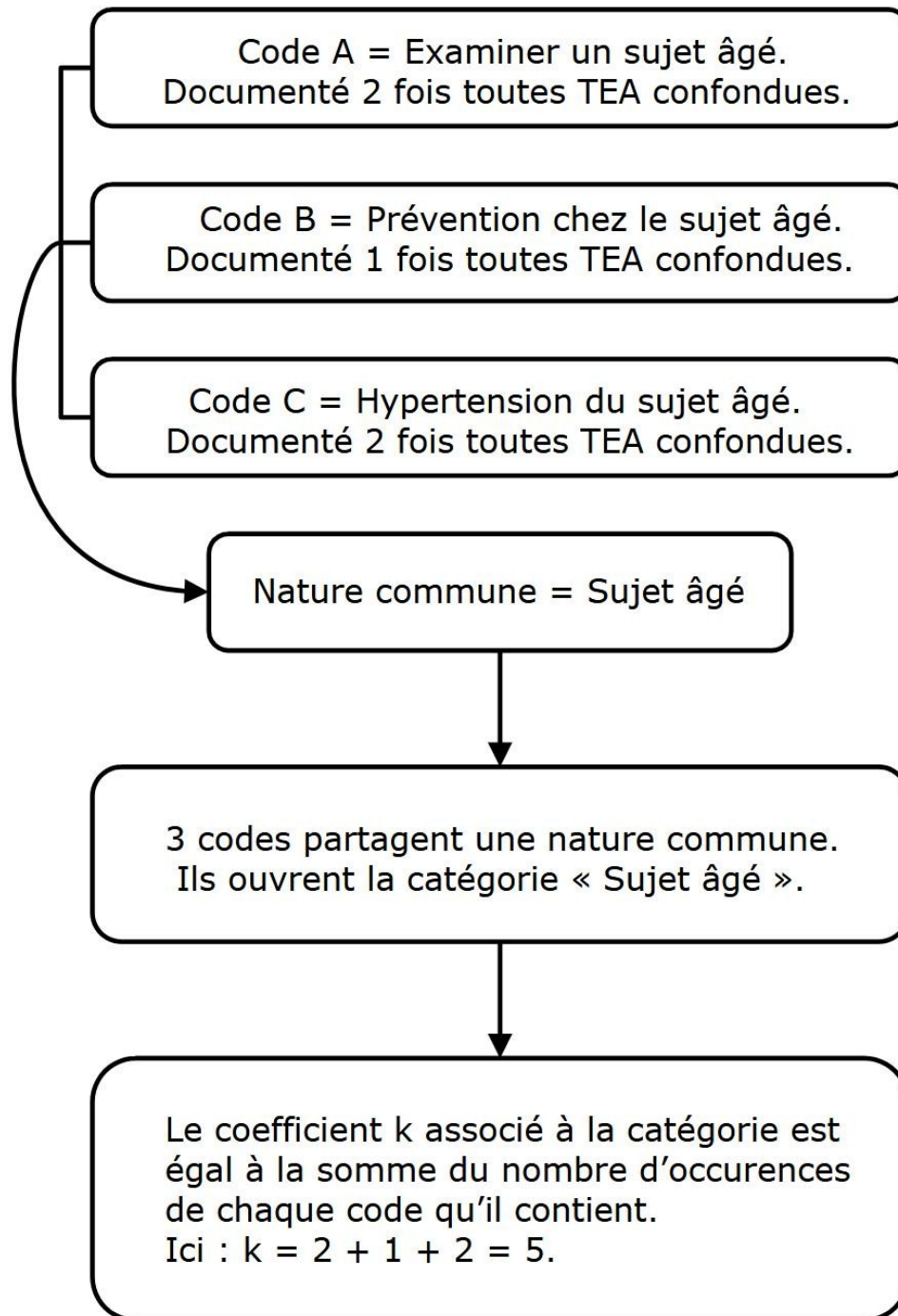
► **DEBUT DE TEA.** Dans le cadre de la majeure soins primaires, j'ai réalisé un stage de deux jours à [lieu de stage]. Durant mon stage, j'ai pu assister aux consultations du Dr PAMSU, qui travaille dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Cette structure rassemble des médecins généralistes, des psychologues, un podologue et également des masseurs-kinésithérapeutes, ce qui m'a permis d'assister aux consultations du masseur-kinésithérapeute, durant un après-midi. J'ai également passé un après-midi à la pharmacie de [même lieu de stage]. Parmi les consultations auxquelles j'ai assisté avec le Dr PAMSU, je souhaite présenter celle d'un homme de 30 ans avec des antécédents de dépression, qui n'avait pas consulté son médecin généraliste depuis 2020. Le patient nous a expliqué en consultation qu'il venait pour le renouvellement de son ordonnance prescrite par son psychiatre. En effet, il nous a indiqué qu'il était suivi au sein de l'établissement public de santé mentale de [lieu de suivi psychiatrique] tous les deux mois. Seulement, son psychiatre étant en arrêt-maladie, il s'est donc tourné vers son médecin généraliste pour le renouvellement de son ordonnance (antidépresseur, anxiolytique, antipsychotique). Avant de renouveler son ordonnance, le docteur a réalisé un examen clinique du patient avec notamment la prise de la tension, la vérification qu'il n'y a pas d'anomalie sonore au niveau du cœur et le contrôle du poids. Durant la consultation, le patient a également présenté son parcours de vie depuis ses dernières consultations 4 ans auparavant. Il a indiqué faire partie d'un groupe de formation pour le retour à l'emploi et avoir été reconnu en ALD, ce qui lui a permis d'emménager dans son propre logement et ainsi de quitter le domicile de ses parents. À la fin de la consultation, juste avant de partir le patient souhaitait ajouter une information. À ce moment, il a dévoilé au docteur qu'il souhaitait opérer un changement de sexe et a demandé plusieurs informations. Le docteur a ainsi pris le temps d'expliquer les temps de réflexion et les démarches administratives à réaliser en amont et lui a donné le contact d'un médecin endocrinologue spécialisé sur le sujet. Le patient est reparti souriant de la consultation. Les questions que je me suis posées : D'une part, j'ai été très surpris que ce patient pense à retourner voir son médecin généraliste, d'autant plus qu'il est suivi dans une autre structure et que son médecin n'a pas accès à son dossier médical récent. Comment éviter de perdre de vue ses patients ? Comment améliorer le suivi des patients suivis dans d'autres structures ? D'autre part, j'ai remarqué que malgré le temps qui s'était écoulé depuis ses dernières consultations, il y avait toujours un lien de confiance établi avec son médecin. Comment maintenir le lien de confiance avec ses patients ? Son récit m'a fait prendre conscience du retentissement social, psychologique et économique de sa maladie, mais aussi de l'importance d'avoir des projets, notamment le retour à l'emploi. Comment bien orienter des patients qui présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques ? ◀ **FIN DE TEA.**

## Annexe III : Textes bruts de nature C, Q, A

<p>► <b>DEBUT DE TEA.</b> Dans le cadre de la majeure soins primaires, j'ai réalisé un stage de deux jours à [lieu de stage]. Durant mon stage, j'ai pu assister aux consultations du Dr PAMSU, qui travaille dans une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). Cette structure rassemble des médecins généralistes, des psychologues, un podologue et également des masseurs-kinésithérapeutes, ce qui m'a permis d'assister aux consultations du masseur-kinésithérapeute, durant un après-midi. J'ai également passé un après-midi à la pharmacie de [même lieu de stage].</p>	<p>Texte de nature A</p>
<p>Parmi les consultations auxquelles j'ai assisté avec le Dr PAMSU, je souhaite présenter celle d'un homme de 30 ans avec des antécédents de dépression, qui n'avait pas consulté son médecin généraliste depuis 2020. Le patient nous a expliqué en consultation qu'il venait pour le renouvellement de son ordonnance prescrite par son psychiatre. En effet, il nous a indiqué qu'il était suivi au sein de l'établissement public de santé mentale de [lieu de suivi psychiatrique] tous les deux mois. Seulement, son psychiatre étant en arrêt-maladie, il s'est donc tourné vers son médecin généraliste pour le renouvellement de son ordonnance (antidépresseur, anxiolytique, antipsychotique). Avant de renouveler son ordonnance, le docteur a réalisé un examen clinique du patient avec notamment la prise de la tension, la vérification qu'il n'y a pas d'anomalie sonore au niveau du cœur et le contrôle du poids. Durant la consultation, le patient a également présenté son parcours de vie depuis ses dernières consultations 4 ans auparavant. Il a indiqué faire partie d'un groupe de formation pour le retour à l'emploi et avoir été reconnu en ALD, ce qui lui a permis d'emménager dans son propre logement et ainsi de quitter le domicile de ses parents. À la fin de la consultation, juste avant de partir le patient souhaitait ajouter une information. À ce moment, il a dévoilé au docteur qu'il souhaitait opérer un changement de sexe et a demandé plusieurs informations. Le docteur a ainsi pris le temps d'expliquer les temps de réflexion et les démarches administratives à réaliser en amont et lui a donné le contact d'un médecin endocrinologue spécialisé sur le sujet. Le patient est reparti souriant de la consultation.</p>	<p>Texte de nature C</p>
<p>Les questions que je me suis posées : D'une part, j'ai été très surpris que ce patient pense à retourner voir son médecin généraliste, d'autant plus qu'il est suivi dans une autre structure et que son médecin n'a pas accès à son dossier médical récent. Comment éviter de perdre de vue ses patients ? Comment améliorer le suivi des patients suivis dans d'autres structures ? D'autre part, j'ai remarqué que malgré le temps qui s'était écoulé depuis ses dernières consultations, il y avait toujours un lien de confiance établi avec son médecin. Comment maintenir le lien de confiance avec ses patients ? Son récit m'a fait prendre conscience du retentissement social, psychologique et économique de sa maladie, mais aussi de l'importance d'avoir des projets, notamment le retour à l'emploi. Comment bien orienter des patients qui présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques ? ◀ <b>FIN DE TEA.</b></p>	<p>Texte de nature Q</p>

## Annexe IV : Génération des catégories problématiques

---

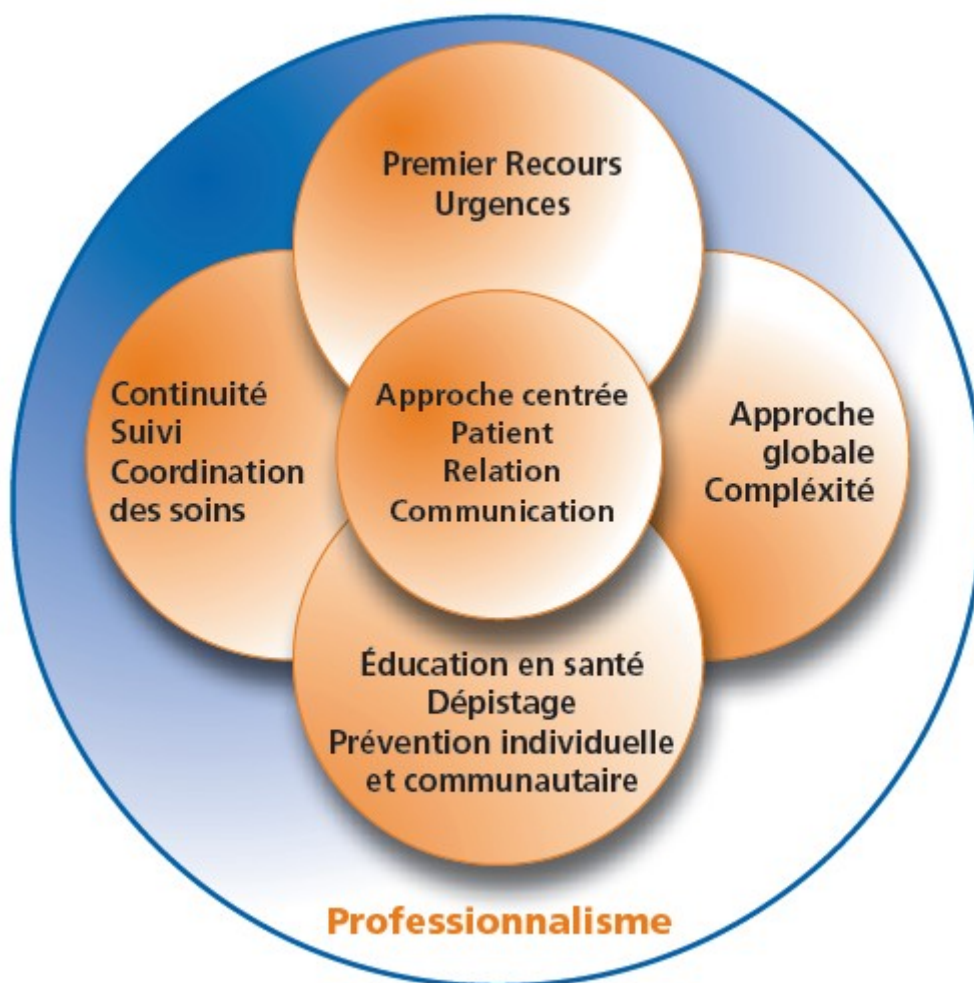


Notes : ces exemples sont inventés par le chercheur, et ne figurent pas dans les résultats.

## **Annexe V : Familles de Situations Cliniques (FSC)**

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
2. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/médocolégaux sont au premier plan
9. Situations avec des patients difficiles/exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

## Annexe VI : Compétences du Médecin Généraliste (CMG)



## Annexe VII : Grille nationale du CNGE (évaluation des RSCA)

<b>EVALUATION RSCA</b>			
<b>Situation complexe</b>			
<b>GRILLE EVALUATION RSCA (ne pas remplir les cases colorées)</b>	<b>P</b>	<b>A</b>	<b>I</b>
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			
<b>Pertinence</b> des questions formulées par l'étudiant			
<b>Adéquation</b> des questions avec les tâches et fonctions de la MG			
<b>Précision</b> de la définition des objectifs d'étude et adéquation avec les problèmes			
Recherche documentaire			
<b>Adéquation</b> de la recherche avec les objectifs			
<b>Pertinence</b> de la recherche			
<b>Qualité</b> du résumé			
Synthèse de la situation clinique			
Identification des points clés			
Acquisition de nouvelles compétences			
Utilité des traces d'apprentissage produites			
<b>EVALUATION GLOBALE</b>			

Commentaires sur le travail :

## Étude descriptive de Traces Écrites d'Apprentissage produites par des étudiants de Formation Générale et Formation Approfondie en Sciences Médicales.

### RÉSUMÉ

**Introduction :** des étudiants des premier et deuxième cycles ont suivi l'Unité d'Enseignement (UE) optionnelle "Soins primaires", créé par la faculté de médecine d'Angers en 2023-2024. Elle incluait un enseignement théorique et un stage à l'issue duquel des Traces Écrites d'Apprentissage (TEA) ont été produites.

**Objectifs :** l'objectif principal était d'analyser le contenu des TEA, et de documenter les problématiques qui s'y trouvent. L'objectif secondaire était de quantifier les Familles de Situations Cliniques (FSC) et les Compétences du Médecin Généraliste (CMG).

**Méthodes :** étude descriptive mixte qualitative et quantitative, rétrospective, monocentrique. La population-cible était constituée de 30 étudiants. Le recueil a été réalisé du mois de janvier 2024 au 28 mars 2024. Les étudiants qui n'ont pas produit de TEA ou qui n'ont pas consenti à l'étude ont été exclus. L'analyse qualitative selon la méthode inductive générale a documenté les problématiques décrites par les étudiants. L'analyse quantitative a documenté les FSC et les CMG. Le codage et les statistiques ont été réalisés à l'aide de tableurs Excel avec triangulation à deux chercheurs.

**Résultats :** l'échantillon après exclusion était constitué de 24 étudiants. L'analyse qualitative a généré 11 catégories qui résument 92 problématiques significatives décrites par les étudiants. Celles liées à la « relation – communication » (20,7 %), la « santé de l'enfant et de l'adolescent » (19,6 %), et la « démarche diagnostique » (10,9 %) , représentaient 1 problématique sur 2. L'analyse quantitative a révélé que les "pathologies chroniques" (38%) et la "santé de l'enfant et de l'adolescent" (14,3%) représentaient 1 FSC sur 2. Les CMG "approche centrée patient" (24,1%), "suivi" (22,8%) et "approche globale – complexité" (21,5%) représentaient 7 CMG sur 10.

**Conclusion :** l'« approche centrée patient » – relation et communication incluses – représentait une cause importante de difficultés. Les jeunes étudiants semblaient accorder une importance accrue à la « santé de l'enfant et de l'adolescent » comparativement aux internes. Les résultats seront diffusés au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine d'Angers, pour améliorer l'enseignement.

**Mots-clés :** Compétences du Médecin Généraliste (CMG), Familles de Situations Cliniques (FSC), Traces Écrites d'Apprentissage (TEA).

### Descriptive study of Written Learning Records produced by undergraduate medical students.

### ABSTRACT

**Introduction :** undergraduate medical students attended the optional "Primary Care" Teaching Unit, created by the Angers Faculty of Medicine in 2023-2024. It included theoretical teaching and an internship, at the end of which Written Learning Records (WLR) were produced.

**Objectives :** the primary objective was to analyze the content of the WLR and document the issues found therein. The secondary objective was to quantify the Families of Clinical Situations (FSC) and the General Practitioner Skills (GPS).

**Methods :** a retrospective, single-center, mixed qualitative and quantitative descriptive study. The target population consisted of 30 students. Data collection was conducted from January 2024 to March 28, 2024. Students who did not produce a WLR or who did not consent to the study were excluded. Qualitative analysis using the general inductive method documented the issues described by the students. Quantitative analysis documented the FSC and GPS. Coding and statistics were performed using Excel spreadsheets with triangulation by two researchers.

**Results :** the sample after exclusion consisted of 24 students. The qualitative analysis generated 11 categories that summarize 92 significant problems described by the students. Those related to "relationship - communication" (20,7 %), "child and adolescent health" (19,6 %), and "diagnostic approach" (10,9 %), represented 1 problem out of 2. The quantitative analysis revealed that "chronic pathologies" (38%) and "child and adolescent health" (14.3%) represented 1 FSC out of 2. The GPS "patient-centered approach" (24.1%), "follow-up" (22.8%) and "global approach - complexity" (21.5%) represented 7 GPS out of 10.

**Conclusion :** the "patient-centered approach" – including relationships and communication – was a major cause of difficulties. Young students appeared to place greater importance on "child and adolescent health" compared to interns. The results will be disseminated within the Department of General Medicine (DMG) of the Faculty of Medicine of Angers, to improve teaching.

**Keywords :** Keywords : Families of Clinical Situations (FSC), General Practitioner Skills (GPS), Written Learning Records (WLR).