

**UNIVERSITE DE NANTES**  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2012

N° 103

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**  
DES DE MEDECINE GENERALE

Par

**Cédric BONIFACJ**

Né le 10 juin 1978 à Paris 9<sup>ème</sup>

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2012 à 16h

**Experts en soins primaires : qui sont-ils ?**

*Entretiens semi-dirigés d'experts généralistes français*

Directeur de Thèse : Madame le Dr Anne-Claire BENOTEAU  
Jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND, Président du jury  
Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE  
Monsieur le Professeur Olivier RODAT

## **Table des matières**

<b>1. Introduction</b>	<b>3</b>
1.1. Contexte	3
1.2. Problématique	4
1.3. Objectifs	4
<b>2. Méthode</b>	<b>5</b>
2.1. L'échantillon	5
2.2. La grille d'entretien	5
2.3. Déroulement des entretiens	6
2.4. Analyse des entretiens	6
<b>3. Résultats</b>	<b>7</b>
3.1. Profil des médecins interviewés	7
3.2. Ressenti général lors du déroulement de l'entretien	7
3.3. La définition de l'expertise en soins primaires vue par les enquêtés	8
3.4. Les besoins de formation dans l'expertise	11
3.5. Construction de l'expertise en soins primaires dans les séminaires	12
3.6. La projection de l'expertise en soins primaires dans l'avenir	14
<b>4. Discussion</b>	<b>16</b>
4.1. Choix d'une enquête qualitative	16
4.2. Choix de la technique d'entretiens semi-dirigés	16
4.3. Biais	16
4.4. Création d'un référentiel d'expertise en soins primaires	17
4.5. Accessibilité à la littérature de soins primaires	19
4.6. Conflits d'intérêt des experts en soins primaires	20
4.7. L'évolution de l'expertise en soins primaires dans le cadre du nouveau référentiel de la médecine générale	21
<b>Conclusion</b>	<b>23</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXE 1 : Guide d'entretien</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXE 2 : Entretiens</b>	<b>29</b>

# **1. Introduction**

## **1.1. Contexte**

La médecine générale en France est maintenant reconnue comme spécialité depuis la création de son DES<sup>1</sup> en 2004 et la définition de ses champs de compétences par la loi HPST<sup>2</sup> en 2009. Cette évolution récente complète les profondes réformes du système de santé français initiées dès 1958 par les ordonnances Debré, réformes restées très hospitalo-centrées.

Toutefois, sur le plan international, l'OMS<sup>3</sup> en 1998(1) et la WONCA<sup>4</sup> en 2002(2) ont fixé un cadre spécifique à la médecine générale, définissant le médecin généraliste comme intervenant spécialisé dans le premier cercle de la santé : les soins primaires. De cette définition découle la notion d'expertise généraliste : tout champ professionnel spécifique nécessite une expertise qui lui est propre. La reconnaissance de cette expertise spécifique a été actée en France à titre institutionnel dans les travaux des agences d'évaluation (ANDEM<sup>5</sup>, puis ANAES<sup>6</sup>, puis HAS<sup>7</sup>) où des experts généralistes participent aux groupes de travaux ; la participation progressive de médecins généralistes à la formation médicale initiale est une deuxième forme de cette expertise ; enfin, l'obligation d'une expertise généraliste dans les actions de formation continue destinées à ces professionnels dans le cadre conventionnel(3) (définie par les différents conseils scientifiques et décisionnels agissant dans ce cadre) en consacre un troisième volet.

La définition d'expertise en soins primaires semble pourtant toujours confuse. Les anglo-saxons superposent volontiers expertise et expérience. Selon le Petit Robert, édition 2012, « ...l'expert est celui qui a, par l'expérience, par la pratique, acquis une grande habileté... ». Cependant comme W. Scott-Smithle le souligne, il est très difficile dans le domaine des soins primaires de

---

<sup>1</sup> Diplôme d'Etude Spécialisé

<sup>2</sup> Hôpital Patient Santé Territoire

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé

<sup>4</sup> World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

<sup>5</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

<sup>6</sup> Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

<sup>7</sup> Haute Autorité de Santé

construire une expertise à partir de pratiques aussi hétérogènes(4). Il relève d'autre part les difficultés à allier l'expertise factuelle issue de nombreuses années de pratique et le déclin inévitable des connaissances biomédicales de chaque praticien dans des domaines où il n'exerce pas ou peu.

Il semble se dégager, en France, une définition plus nuancée, dicit C. Got(5), selon laquelle l'expert s'appuie sur son expérience mais la complète par sa confrontation aux données de la science, avec une notion de transversalité et de reconnaissance par ses pairs.

## **1.2. Problématique**

L'expertise en médecine générale existait pourtant bien avant que la médecine générale soit reconnue comme spécialité à part entière. Les experts en médecine générale qui interviennent actuellement dans les différents champs de l'expertise en soins primaires, intervenaient souvent bien avant la définition des champs de compétences de la médecine générale par la loi HPST en 2009(6) en France. Mais alors comment se définissent-ils eux-mêmes ? Se reconnaissent-ils dans cette définition de l'expertise en soins primaires ? Car il semble important qu'il y ait une vision conjointe entre la théorie et la pratique. Des divergences majeures pourraient nuire à la « jeune » spécialité qu'est la médecine générale en France et gêner son développement au sein des principaux organes qui la promeuvent, en particulier la formation médicale initiale, la formation médicale continue et enfin sa participation dans les groupes de travaux à titre institutionnel.

## **1.3. Objectifs**

L'objectif principal était donc de définir les caractéristiques de l'expertise généraliste à partir de l'expérience de médecins généralistes ayant été rémunérés comme « experts généralistes » pour des séminaires de FPC<sup>8</sup>.

L'objectif secondaire était d'identifier les représentations du rôle de l'expert vu par lui-même dans le cadre de la FPC.

---

<sup>8</sup> Formation Professionnelle Continue

## **2. Méthode**

### **2.1. L'échantillon**

L'échantillonnage s'est fait en variation maximale avec comme principales variables :

- Le sexe.
- L'appartenance à des organismes d'origine syndicale ou des sociétés savantes ou mixtes.
- Le milieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain)
- Le mode d'exercice (groupe ou seul)

Le nombre d'entretiens a été déterminé en fonction de la saturation des données, qui a été atteinte et confirmée avec dix entretiens.

Les médecins cibles étaient des médecins généralistes en exercice ayant participé à des séminaires de Formations Professionnelles Continues agréées par l'OGC<sup>9</sup>.

L'accès à cet échantillon s'est fait essentiellement par le biais de relations en tâchant de respecter l'échantillonnage en variation maximale.

Leur recrutement s'est fait par un mail standardisé.

### **2.2. La grille d'entretien**

Pour établir la grille d'entretien nous nous sommes basés sur la problématique et le contexte du projet de recherche en cherchant à aborder :

- La définition de l'expertise en soins primaires vue par les médecins interrogés.
- Les besoins de formation dans l'expertise.
- La préparation et les problèmes rencontrés lors de leurs participations aux séminaires en tant qu'experts.
- L'interaction avec l'expertise dans d'autres spécialités.

---

<sup>9</sup> Organisme Gestionnaire Conventionnel

- La projection de l'expertise en soins primaires dans l'avenir.

Le guide d'entretien final se trouve en annexe 1 p. 30.

### **2.3. Déroulement des entretiens**

Les entretiens se sont déroulés principalement par l'intermédiaire du logiciel Skype<sup>®</sup> permettant des conditions de face-à-face respectées. En effet, Skype<sup>®</sup> est un logiciel de visioconférence utilisant Internet. Lors de ces entretiens tous les médecins interrogés étaient dans un bureau.

Lorsqu'il a été impossible d'utiliser Skype<sup>®</sup> (logiciel non maîtrisé, matériel inadapté, impossibilité temporelle), la conférence téléphonique a été utilisée.

Le déroulement de l'entretien était expliqué aux interviewés avant de commencer, de manière à les mettre en confiance. Avec l'accord des interviewés, l'enregistrement numérique était démarré. Le guide d'entretien était ensuite suivi. Au cours de l'entretien, nous avons éventuellement pris quelques notes.

### **2.4. Analyse des entretiens**

La retranscription des enregistrements numériques a été une étape décisive qui a consisté à retranscrire les paroles et le contexte des entretiens le plus précisément possible à l'aide du logiciel Word. La retranscription a permis ainsi de limiter l'interprétation des données par le chercheur. Les entretiens ont été rendus anonymes en donnant aux médecins des sigles de MG1 à MG10.

L'analyse proprement dite a alors pu commencer. Cette analyse est de type transversal(7) avec là encore différentes étapes :

- La familiarisation avec les données.
- L'identification des structures thématiques.
- L'indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique.
- L'interprétation en définissant des concepts, en créant des typologies et des associations.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Profil des médecins interviewés**

Cinq hommes et cinq femmes ont été interviewés. Six exercent en milieu semi-urbain ou urbain et quatre en rural selon leurs propres termes. Huit exercent en cabinet de groupe et deux en cabinet, seuls. Ils ont tous une patientèle diversifiée, un seul a une orientation plus particulière (psychothérapies brèves) avec toutefois une dominante allopathique. Tous sont ou ont été maîtres de stages. Six d'entre eux sont également enseignants dans des DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale).

Ils participent tous en tant qu'experts en soins primaires auprès des différentes institutions nationales.

Ils sont tous investis sur le plan local et/ou national, soit dans une société scientifique de médecine générale, soit dans un syndicat ou les deux à la fois. Ce dernier critère découle du mode de sélection de l'échantillon.

Ainsi, la variation maximale a été respectée.

#### **3.2. Ressenti général lors du déroulement de l'entretien**

Sept des entretiens se sont déroulés dans des conditions de face-à-face et trois sous forme d'entretiens téléphoniques. Les médecins interviewés ne connaissaient volontairement que le thème du projet de recherche qui était l'expertise en soins primaires.

Du coup, pendant les entretiens nous nous sommes rendus compte rapidement de la dimension « politique » du thème avec les risques de réserves et de hors sujet que cela pouvait entraîner chez les interviewés. Sept des médecins se sont livrés sans complexe, en essayant d'exposer leur propre point de vue, avec parfois un discours décousu du fait d'un thème difficilement contextualisé.

Trois des médecins ont eu du mal à se détacher des structures auxquelles ils appartiennent et ont eu également du mal à se détacher du contexte « politique » du thème.

La majorité des interviewés trouvait le thème intéressant ce qui amenait une discussion après l'interview. Toutefois un des interviewés trouvait le concept d'expert en soins primaires usurpé et donc abusif actuellement. MG8 dit : « ...sur l'expertise généraliste, j'ai toujours émis quelques doutes... », « ...l'expertise en médecine générale n'est plus formellement contestée dès lors qu'effectivement aujourd'hui les spécialistes ou les hospitaliers acceptent de considérer qu'il y a des contraintes en ville qui font qu'on ne peut pas prendre en charge un malade avec les mêmes critères que quand il est hospitalisé (...), on est d'accord sur cette expertise de la médecine de ville, la médecine générale de ville . En faire une expertise scientifique c'est le boulot aujourd'hui de tous ceux qui... »

### **3.3. La définition de l'expertise en soins primaires vue par les enquêtés**

Deux prérequis se détachent lors des entretiens :

- Un expert en soins primaires doit être un médecin généraliste en exercice, ainsi MG2 dit : « ...on ne peut être expert d'une discipline que si on l'exerce... », MG3 : «... je pense qu'il faut être en exercice, le jour où je n'exercerais plus je ne ferais plus d'expertise généraliste... », MG4 : « ...si on n'était plus que des experts et qu'on perde cette expérience vécue au quotidien, on aurait tout faux, ça c'est certain... » et MG 10 : « ...on ne peut pas être expert généraliste si on n'est pas en activité... ».
- Il doit par contre avoir une vision plus large que le cabinet dans lequel il exerce, ainsi MG3 dit : « ...on est plus facilement expert quand on a parcouru un certain nombre d'étapes telles que je les ai décrites... (faisant référence à son parcours professionnel) », « ...ce n'est pas en faisant un séminaire à l'expertise que tu l'acquiers forcément, je crois que c'est une curiosité, un cheminement... », MG5 : «... il faut avoir fait un cheminement, quand même, c'est-à-dire qu'on ne peut pas devenir expert

*d'un séminaire si on n'a pas participé d'abord, animé ensuite, organisé enfin ...» et MG9 : « ...il y a le fait d'être passé dans différentes institutions, les syndicats, le Conseil de l'Ordre, les études également aussi d'économie aussi un petit peu ...».*

L'expert en soins primaires apparaît comme un médecin généraliste « réflexif », c'est à dire qu'il utilise son expérience confrontée à la lecture et l'analyse critique des données de la science, puis il contextualise les résultats dans la spécificité du soin primaire. MG1 dit : « ...quand on est expert généraliste, donner son regard, c'est en principe donner sa propre expérience en disant que c'est par ce regard-là qu'il faut aborder les choses (...) mais sur des choses qui sont quand même formalisées (...) ça repose quand même sur l'EBM ...», MG2 : « ... je documente (...) dans le triptyque de l'EBM mais après je vais parler du contexte et du patient qui peuvent donner une approche différente de celle de l'expert d'une autre spécialité... », MG3 : « ...l'expertise en soins primaires n'est pas basée uniquement sur les connaissances, sur les données dures de la science, on doit utiliser ces connaissances mais (...) notre expertise, nous, c'est la décision médicale... », MG4 : « ...il faut avoir ce regard critique, (...) savoir prendre du recul par rapport à ces données [les recommandations] et aller chercher des choses dans le domaine de la littérature sur les soins primaires sans doute moins connues par nos collègues spécialistes... », MG7 : « ...notre expertise de médecin généraliste, c'est quelque chose de bien précis, ce sont les soins primaires et donc l'adaptation de tout ce qu'on apprend : les recos, etc. au terrain, au patient... », enfin MG10 : « ... l'expertise en médecine générale ça inclut mes connaissances, ma pratique de généraliste : effectivement le fait de travailler et de pratiquer tous les jours ça vous donne une expérience qui est utile à l'expertise, mais l'expertise c'est aussi d'avoir réfléchi à ce qu'est la médecine générale, quelles sont ses spécificités et à lire et à écrire des choses dans le sens du soin primaire. Donc ça nécessite un travail supplémentaire de celui du soin qui est effectivement un travail de recherche, de lecture, d'analyses critiques... ».

La spécificité de l'expert en soins primaires se base sur l'Evidence-Based-Medicine (EBM) avec l'exploitation des trois cercles : l'expérience clinique, les données de la recherche clinique et les préférences du patient. D'après les

interviewés, l'expertise en soins primaires apparaît toutefois déterminante dans l'expérience clinique et les préférences du patient mais beaucoup moins dans les données de la recherche clinique. Ainsi MG2 dit : «...c'est simplement la contextualisation et la personnalisation de ces données [de la science], (...) il y a aussi des données concernant le contexte clinique d'exercice en soins primaires et les choix du patient (...) avec un niveau de preuve certainement moins grand mais il y a aussi des données ...», MG7 : «... quand on me demande mon expertise, j'essaye d'avoir des choses précises, les plus validées possible ou en tout cas avec un niveau de preuve le plus haut possible, c'est pas toujours évident... », MG10 dit : «... j'essaye de voir quelle est la différence de problématique (...) sur le sujet en soins primaires et en soins secondaires, (...), je vais vérifier dans la littérature si les données de mon expérience sont bien les données décrites dans la littérature, s'il y a des données, on commence à en avoir mais il n'y en a pas toujours eu beaucoup... ». Il y a même un expert en soins primaire qui déclare, MG10 : « ...je n'ai pas d'expertise scientifique au sens propre... ».

Enfin, l'expert en soins primaires n'a pas actuellement de reconnaissance formalisée par les pairs. Mais la plupart des interviewés exprime le souhait d'une meilleure reconnaissance. Un seul des interviewés l'évoque spontanément mais il ne parle que de la reconnaissance des participants. MG4 dit : « ...la validité des pairs c'est une chose que j'ai identifiée comme étant importante ...», sinon nous avons dû poser la question, les réponses sont alors très hétéroclites. Deux des interviewés expriment le fait que pour être expert en soins primaires, il faut des publications, MG9 dit : « ...Moi je ne connais pas d'expert qui n'a pas publié. Je veux dire c'est qu'en médecine générale qu'on voit des choses comme ça, des gens nommés experts sans publication... », MG2 dit : « [la publication]...c'est le standard, on accepte ou on n'accepte pas, mais c'est un standard universitaire pas que médical, dans toutes les disciplines, il faut se plier à ça (...), la reconnaissance elle passe par la publication... » et il va même plus loin en disant qu'à terme «...l'expertise, elle doit faire référence à des universitaires de la discipline...». Les autres interviewés sont beaucoup moins catégoriques, ainsi MG3 explique : « ...elle (la reconnaissance) est plus intuitive, elle est plus subjective et elle se construit

*je pense. (...) il faut être sorti un petit peu de son cabinet médical donc avoir été quand même ... connu ou reconnu... »*, MG5 exprime le souhait de vouloir publier afin de s'améliorer et progresser, note que c'est « *...une étape dans l'expertise...* » mais exprime le fait que « *...le pair de base s'en fout mais alors totalement...* ». Par contre elle dit que pour une meilleure reconnaissance « *...les experts doivent continuer à se former (...) il ne faut pas rouler sur ses acquis, il faut se remettre en question tout le temps...* ». Elle explique aussi que la reconnaissance passe par un travail de communication pour expliquer aux universitaires : « *...c'est absolument la place du collègue en médecine générale de dire qu'on est structuré dans nos différents organismes de formation pour savoir enseigner la médecine et le savoir-faire...* » et va même plus loin : « *...ils [les universitaires] s'adressent à des étudiants, ils sont dans la pédagogie, nous on est dans l'andragogie, ce ne sont pas les mêmes techniques et on a été formés différemment...* ». MG7 et MG10 expliquent que ça passe par la reconnaissance du travail mais MG7 précise que la reconnaissance « *...ce n'est pas la célébrité...* » et MG10 précise que la publication est un plus mais que ce n'est pas le plus important.

Actuellement, la reconnaissance par ses pairs passe donc essentiellement par la reconnaissance des travaux effectués par les experts en soins primaires. La publication apparaît comme étant indispensable à terme pour deux d'entre eux mais les autres l'expriment comme une étape supplémentaire, non obligatoire, pour pratiquer une expertise en soins primaires.

### **3.4. Les besoins de formation dans l'expertise**

Quatre interviewés expliquent ne pas s'être formé spécifiquement à l'expertise. Sur les quatre, l'un d'entre eux parle « *...de vaste « rigoloterie »...* », un autre explique qu' « *...ils sont devenus experts par la valorisation des acquis de l'expérience...* », enfin les deux autres expliquent qu'ils ont participé à des modules qui permettent de mettre en œuvre l'expertise. Mais tous les experts en soins primaires interviewés se sont formés dans des séminaires pédagogiques assurés majoritairement par des structures de formation continue, et parfois universitaires ou institutionnelles. Les principaux thèmes qui

reviennent sont : la lecture et l'analyse critique d'articles, la recherche bibliographique, la prise de parole en groupe et la gestion de groupes.

A contrario, cinq évoquent des cursus spécifiques aux expertises en soins primaires menés exclusivement par deux sociétés scientifiques, et ce, quelle que soit l'étiquette sous laquelle les experts en soins primaires agissent.

Tous les experts ont un parcours similaire. Ils ont tous commencé par la formation médicale initiale ou continue, sont tous passés par l'animation, l'organisation et l'écriture de séminaires avant de participer en tant qu'expert dans les différents séminaires.

Le rythme de formation des experts est très variable. Certains se forment plusieurs fois par an, d'autres ne se forment plus sur le plan pédagogique. Dans ce dernier cas, l'argument principal évoqué est le manque de temps et non l'absence de besoin de formation.

Le rôle des formations à l'expertise a pour principal objectif de placer l'expert en soins primaires en tant qu'interlocuteur privilégié et de lui éviter de donner un avis d'expert. MG10 résume bien ce postulat : *« ...effectivement, la formation à l'expertise moi ça m'a changée, ça a changé ma place dans les groupes de travail parce que quand j'arrive et quand j'affirme quelque chose, je peux dire il y a eu telle étude, il y a eu tel machin, y a eu telles données qui sont sorties et ça il n'y a que comme ça qu'on peut se faire croire, parce que ce n'est pas mon avis à moi de généraliste... ».*

### **3.5. Construction de l'expertise en soins primaires dans les séminaires**

La première étape pour tous les experts consiste à s'approprier les objectifs pédagogiques du séminaire et de définir la place de l'expert en soins primaires. L'appropriation passe par un questionnement. MG4 résume bien en expliquant qu'il faut *« ...identifier ce que je pouvais apporter en plus... (par rapport à l'expert spécialiste) »* et qu'il fallait *« ...savoir prendre du recul par rapport à ces données (...) et aller chercher des choses dans le domaine de la littérature sur les soins primaires, qui sont sans doute moins connues par nos collègues*

*spécialistes... ». MG7 précise : « ...je vais lire au-delà des recommandations (...) je vais chercher et c'est au travers du filtre de mon exercice généraliste... ».*

La deuxième étape consiste pour l'expert à approfondir éventuellement la bibliographie proposée par l'auteur du séminaire. La lecture des recommandations institutionnelles apparaît incontournable, même si dans le cadre du soin primaire tous les interviewés, à l'exception d'un, précisent qu'elles sont rarement applicables en tant que telles en médecine générale. Les principales sources citées sont PUBMED, le CISMEF, différentes revues de soins primaires comme Exercer, Médecine et Prescrire ou bien d'autres revues comme l'EMC ainsi que des sources plus confidentielles, souvent développées par les associations de formations médicales continues (FMC), telles que Bibliomed, les données de l'Observatoire de la médecine générale ou les centres de documentation des sociétés savantes de médecine générale, enfin la Bibliothèque Universitaire.

L'étape suivante consiste à confronter son expertise à celle de l'expert spécialiste, souvent présent lors des séminaires, lors de réunions. L'objectif ici, tout comme pendant le séminaire, c'est, comme le dit MG7, « ...de remettre le quotidien du patient au milieu... ». Tous décrivent que l'expert spécialiste et l'expert en soins primaires sont complémentaires. MG7 résume cette position : « ...le spécialiste est un médecin de second recours, il n'a pas du tout la même approche du patient que nous (...), la complémentarité c'est ça, lui c'est le spécialiste d'organe et moi je suis la spécialiste de l'adaptation au patient, de l'adaptation à l'environnement aussi... ».

Lorsqu'il y a divergence, le rôle du médecin généraliste est alors de recadrer la problématique dans le cadre du soin primaire. MG3 explique alors que la position de l'expert en soins primaires « ...ce n'est pas une fonction statique, c'est de temps en temps une fonction dynamique en terme de prise de parole... ».

Le temps de parole de l'expert en soins primaires apparaît donc variable au cours des séminaires. Ainsi MG3 explique que la participation de l'expert en soins primaires « ...est très variable en fonction du séminaire elle est moins

*balisée et moins identifiée que l'expert spécialiste... », MG10 complète : « ...je ne me sens pas frustrée, moi, si je n'ai que dix minutes de temps de parole si tout a été dit, si visiblement les participants sont bien dans la position et ont bien compris que les soins primaires avaient des modalités de prise en charge particulières... ».*

L'expert en soins primaires permet donc dans les séminaires de recentrer le séminaire sur le patient et son environnement avec les contraintes qu'ils impliquent. Il se base sur les données de la science, passées au filtre de sa pratique professionnelle au cabinet. Sa place apparaît complémentaire de celle de l'expert spécialiste mais elle est moins balisée que celle de ce dernier.

### **3.6. La projection de l'expertise en soins primaires dans l'avenir**

Les modalités de la Formation Professionnelles Continue (FPC) sont en train de changer vers le Développement Professionnel Continu (DPC). Tous les interviewés ont exprimé le fait que le rôle de l'expert en soins primaires n'allait pas changer. Plus de la moitié d'entre eux a quand même exprimé que sa place va être plus prépondérante. Ainsi MG1 dit : « ...le DPC a vocation beaucoup plus pour l'expert généraliste que pour l'expert spé, parce que c'est plus du savoir être que du savoir pur total (...), enfin le savoir-faire est partagé mais le savoir être est beaucoup plus du domaine de l'expertise généraliste... ». Certains évoquent, comme MG4, le fait que « ...le DPC transforme les participants en groupe d'experts... » et ainsi « ...la place de l'expert généraliste, elle va à la fois disparaître et se multiplier... ». MG2 évoque des limites en expliquant que si l'expert généraliste « ...sort de l'analyse collective des pratiques, on a le risque de tomber dans un avis d'expert... » avec le faible niveau de preuve que cela représente alors.

Pour l'expertise en soins primaires, de façon globale, trois souhaits particuliers sont évoqués :

- Que tous les médecins généralistes deviennent des experts.
- Sur la rémunération, quatre interviewés l'évoquent, MG 10 résume la situation : « ...*Qu'on soit bien payé (rires). Ça demande du temps et le problème c'est qu'on n'a pas de temps libéré, c'est qu'on le fait toujours en plus du reste et que je pense qu'on ne peut pas être expert généraliste si on n'est pas en activité, ça je crois que c'est l'un des critères. Enfin on peut l'être six mois mais après on ne peut plus l'être. Et puis d'un autre côté pour bien le faire il faut beaucoup de temps, pour faire ça sereinement, donc moi je souhaiterais effectivement qu'il y ait du temps de dégagé. Et puis il y a un paradoxe quand même, qui est le paradoxe français, c'est plus vous êtes expert moins vous êtes payé (acquiescement) et qu'il y a un moment si on veut continuer que des gens se forment à l'expertise il faudra bien les payer en tant qu'expert... ».* MG 3 précise même : « ...*ce qui veut dire qu'un expert généraliste égale un expert spécialiste en terme d'indemnités... ».*
- Légitimer les experts de soins primaires vis-à-vis des autres experts. MG2 l'évoque : « ...*le problème qui reste encore à mon avis c'est la légitimité de ces experts vis à vis des experts d'autres disciplines, d'autres spécialités, parce que, malheureusement, il y a encore un certain nombre de domaines dans lesquels cette expertise en soins primaires n'est pas reconnue et en particulier dans les formations qui malheureusement existent toujours, assurées par l'industrie pharmaceutique... ».*

L'avenir évoqué est donc principalement orienté vers une extension de l'expertise à l'ensemble des médecins généralistes par le biais, entre autres, de l'évolution de la FPC vers le DPC. Une rémunération à une valeur juste est également évoquée. Enfin, il faut légitimer l'expertise des soins primaires dans tous les processus qui s'adressent à la profession.

## **4. Discussion**

### **4.1. Choix d'une enquête qualitative**

Le travail de recherche portait sur l'étude des représentations et des expériences des médecins qui participent comme experts en médecine générale dans des séminaires de FPC. L'objectif ici n'était pas de quantifier mais de cerner les différentes visions, interprétations, ressentis de ces médecins.

### **4.2. Choix de la technique d'entretiens semi-dirigés**

Compte-tenu des thèmes abordés, l'étude par observation ne s'y prêtait pas puisqu'elle consiste principalement à observer les comportements quotidiens et les interactions des personnes.

Les entretiens de groupe auraient entraîné des soucis pratiques car, entre autres difficultés, les différents interviewés sont répartis sur tout le territoire national et donc difficiles à réunir physiquement. De plus, compte-tenu du thème, un des membres du groupe aurait pu prendre l'ascendant et aurait ainsi pu mettre à mal la validité méthodologique de l'enquête.

Enfin dans le choix d'entretiens individuels ouverts ou semi-structurés, l'utilisation d'entretiens ouverts n'était pas adapté car le risque de hors sujet était trop important.

L'entretien individuel semi-structuré s'imposait alors. Les thèmes abordés étaient basés sur l'expérience et les représentations des interviewés, champs parfaitement explorés par ce type d'enquêtes.

### **4.3. Biais**

Un biais de recrutement a pu influencer l'échantillonnage des interviewés. Ils ont été recrutés selon un mode indirect, c'est dire à partir d'une liste d'experts en soins primaires proposée par la directrice de thèse et par les interviewés eux-mêmes. Ce biais a été minimisé en créant un échantillonnage en variation maximale.

Lors des entretiens, trois biais ont pu influencer les données recueillies :

- Des biais internes avec parfois une incompréhension entre l'interviewé et le chercheur et quelquefois des difficultés pour les participants à se confier sur un sujet qui leur semblait parfois sensible. Ils ont été en partie minimisés par la reformulation des questions par le chercheur et en reformulant certaines réponses des participants afin de s'assurer une bonne compréhension. Les entretiens ont également été rendus anonymes.
- Des biais externes liés à l'environnement du chercheur et des interviewés. Il est à noter qu'une fois, la liaison internet a été de mauvaise qualité rendant l'enregistrement de l'entretien non retranscriptible, seules les notes ont été utilisées. Ces biais ont toutefois été minimaux puisque tous les entretiens se sont fait en face-à-face dans un environnement au calme, à chaque fois dans un bureau, aussi bien pour les interviewés que pour le chercheur.
- Un biais d'investigation lorsque le chercheur a posé parfois des questions orientant le discours de l'interviewé, du fait de son inexpérience. Il a été minimisé en reformulant la question ou en précisant que la question était ouverte et qu'il ne s'agissait pas d'affirmations.

Dans l'analyse des données, un biais d'interprétation peut influencer les résultats. Un double codage a permis de le limiter.

#### **4.4. Création d'un référentiel d'expertise en soins primaires**

Lors des entretiens, lorsque nous avons demandé aux interviewés une définition de l'expertise en soins primaires, tous ont exprimé le fait que c'était un médecin généraliste qui utilisait son expérience à travers les données actuelles de la science dans le domaine de la décision médicale. Par contre, lorsqu'on abordait la reconnaissance par les pairs, le discours était beaucoup moins consensuel. Le principal thème abordé, la publication, faisait débat au sein des experts sur sa place réelle dans l'expertise, certains arguant que les participants n'y prêtaient pas attention. Ce qui est peut-être vrai dans un séminaire l'est peut-être moins auprès d'une Institution ou de l'Université. Certains déclaraient également se sentir mis en position « d'infériorité » par

rapport à des experts d'autres spécialités. Il serait peut-être important d'établir un référentiel d'expertise en soins primaires, comme il a par exemple été créé pour les maîtres de stages universitaires selon les critères de l'UEMO<sup>10</sup>. On pourrait aussi établir une échelle d'expertise incitant peut-être les experts à se former régulièrement et à publier pour pouvoir exercer leur expertise dans des cercles différents.

Ces concepts ont d'ailleurs été évoqués par la DGS<sup>11</sup> en 2008(8). Dans son rapport, elle fait des propositions pour valoriser l'expertise, entre autres pour celle de santé publique, mais transposable à l'expertise en soins primaires. Les principales propositions qui en découlent sont : « *Septième proposition : organiser un colloque sur l'évolution de l'expertise, son rôle, ses missions, son avenir, pour informer l'opinion publique sur les problématiques posées et leur évolution* », « *Huitième proposition : pratiquer, au cas par cas, une politique de soutien à la publication dans des revues internationales des travaux d'expertise* ». Ces propositions introduisent une réflexion sur la création d'un référentiel. Enfin la « *Douzième proposition : définir, en partenariat avec les organismes de recherche, des critères permettant de prendre en compte l'expertise dans les carrières des chercheurs ; définir, en partenariat avec les représentants des universitaires, des critères permettant de prendre en compte l'expertise dans les carrières des universitaires ; définir, en partenariat avec les représentants des hôpitaux, des critères permettant de prendre en compte l'expertise dans les carrières des praticiens hospitaliers* », introduit une notion d'échelle d'expertise.

Ainsi cela pourrait permettre à l'expert en soins primaires d'avoir une reconnaissance de ses compétences auprès des intervenants auxquels il est confronté et d'asseoir son expertise. On peut aussi comparer le ressenti actuel de certains experts en soins primaires à celui des étudiants de médecine vis-à-vis de la médecine générale pendant le 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle lors de la mise en place des ECN<sup>12</sup> en 2004. Ces derniers déploraient l'absence de stage pendant le 2<sup>ème</sup> cycle en soins primaires qui rendait cette spécialité plus abstraite et donc moins

---

<sup>10</sup>Union Européenne des Médecins Omnipraticiens

<sup>11</sup>Direction Générale de la Santé

<sup>12</sup>Epreuves Classantes Nationales

attrayante. Toutefois, les étudiants notifiaient également que l'intégration de la spécialité de médecine générale dans le nouvel internat la valorisait(9).

Enfin, cela permettrait de promouvoir l'expertise en soins primaires à l'ensemble des confrères de médecine générale qui ont parfois du mal à comprendre ce que ça représente. La perception de cette expertise est même différente au sein de population d'experts en soins primaires et la formaliser leur donnerait une unité.

#### **4.5. Accessibilité à la littérature de soins primaires**

Au cours des entretiens, certains interviewés ont abordé la difficulté d'accès aux données de la science d'une part, mais plus encore pour les données de soins primaires. Ces difficultés se traduisent par le temps qu'il faut pour trouver l'information, le retard de la recherche en médecine générale en France et le barrage de la langue. Dans une étude, des chercheurs ont comparé le nombre de publications indexées dans Pubmed en tant que travaux de recherche en médecine générale, selon la nationalité des auteurs(10). En 2003, il y avait eu 1038 publications pour le Royaume-Uni, 159 pour les Pays-Bas, 77 pour la France. Pour faciliter la comparaison le nombre de publications a été rapporté à la taille de la population. Par million d'habitants on comptait 18 publications pour le Royaume-Uni, 10 pour les Pays-Bas, 10 à 12 pour les différents pays scandinaves, 1 à 2 pour la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie. Une des raisons pour lesquelles le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont des publications aussi importantes est qu'il existe des instituts de recherche en médecine générale financés par l'Etat, tels que Nivel aux Pays-Bas ou le National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC) à Manchester, au Royaume-Uni, avec des moyens financiers importants. Il n'existe pas une telle structure en France.

Toutefois depuis 2003, la filière universitaire de médecine générale en France est en plein essor et devrait à terme permettre un fort développement de la recherche en médecine générale.

Sur le plan de l'accessibilité des données, les sociétés scientifiques et organismes de formation développent des outils afin de faciliter cet accès. On

peut citer par exemple l'outil Bazuriap(11) développé par l'UNAFORMEC<sup>13</sup> ou le DREFC, Diffusion des Recommandations Francophones en Consultation de Médecine Générale de la SFMG<sup>14</sup>. Il semble que ces outils ont tout de même leurs limites avec par exemple la fermeture de l'Observatoire de la Médecine Générale.

#### **4.6. Conflits d'intérêt des experts en soins primaires**

Au cours des entretiens, certains interviewés parlent de la rémunération et d'un discours adapté en fonction du promoteur de la formation. Ces deux thématiques introduisent la notion de conflit d'intérêt qui peut remettre en cause la validité de l'expert.

La loi Kouchner du 04/03/2002(12) a introduit la notion d'obligation aux membres des professions médicales de déclarer par écrit leurs liens éventuels avec l'industrie pharmaceutique lors d'interventions publiques. Elle semble difficile respecter comme le montre par exemple le retrait de certaines recommandations de la HAS du fait du manque de transparence des liens d'intérêts de ses experts lors de leurs élaborations. La HAS a pourtant édité un guide en 2010(13) introduisant la notion de déclaration de conflit d'intérêt et de sa gestion.

Les conflits d'intérêts apparaissent également dans la littérature de soins primaires. L'expert en soins primaires doit donc rester critique. Ainsi, selon la Revue Prescrire(14), les articles publiés reposent sur trois acteurs : les auteurs, les « editors » et les « reviewers ». Les auteurs et les reviewers peuvent introduire des conflits d'intérêts pouvant discréditer l'article publié. Les principaux exemples cités sont : la non-transparence des auteurs mis en avant et la partialité possible des reviewers. Mais l'article précise que les revues de soins primaires se remettent régulièrement en question afin de proposer des pistes d'amélioration.

Il semble donc primordial que les experts en soins primaires indiquent leurs conflits d'intérêts et citent leurs sources lors de leurs expertises.

---

<sup>13</sup>Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues

<sup>14</sup> Société Française de Médecine Générale.

#### **4.7. L'évolution de l'expertise en soins primaires dans le cadre du nouveau référentiel de la médecine générale**

Lors des entretiens, de nombreux interviewés expriment le fait que les jeunes générations de médecins généralistes issus des ECN sortent de la faculté mieux formés qu'eux à la même époque. En effet, si on reprend l'évolution du cursus depuis sa mise en place, la lecture critique d'article, prérequis important dans l'expertise, a été introduite dans l'épreuve depuis 2009. Le stage ambulatoire chez le médecin généraliste existe depuis 1997 mais un deuxième stage a été introduit en 2004, le SASPAS<sup>15</sup>, apportant une expérience supplémentaire à l'interne de médecine générale en formation.

Enfin la filière universitaire de médecine générale se développe. Elle promeut ainsi la recherche en médecine générale et elle introduit la notion de publication de soins primaires. Parallèlement des associations d'internes et de jeunes médecins généralistes se développent, comme FayrGP<sup>16</sup>, montrant la volonté de développer la recherche en médecine générale et de s'internationaliser.

Mais les internes sont-ils pour autant des experts en soins primaires lorsqu'ils sont thésés ? Nous pensons qu'une des données fondamentales qui leur manque est l'exercice professionnel. Ils font au minimum six mois d'exercice ambulatoire, un an au maximum, ce qui semble peu. Toutefois, aucune référence n'indiquait au bout de combien de temps nous avons une « expérience » en soins primaires. Mais cette durée peut-elle être formalisée ? Pour les maîtres de stage, cinq ans d'expérience professionnelle sont demandés, sur quoi est-ce basé ?

Les jeunes médecins généralistes qui entrent dans la filière universitaire seront sûrement amenés à devenir des experts en soins primaires, de par leur cursus. Et les autres ?

Les aspirations des médecins changent(15) : une féminisation de la population médicale, l'aspiration à un équilibre vie professionnelle/vie privée, les

---

<sup>15</sup>Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

<sup>16</sup> French Association of Young Researchers in General Practice

contraintes de la démographie médicale impliquent une redistribution du temps qui peut constituer un frein important au développement de l'expertise en soins primaires.

De plus avec la modification de la FPC vers le DPC, les formations vont probablement devenir moins présentes et donc diminuer les interactions directes entre professionnels de santé. Ces formations sont le lieu privilégié d'entrée des futurs experts en soins primaires issus des associations de formation, une diminution de leur fréquentation risque de constituer un frein supplémentaire.

La formation médicale initiale actuelle semble donc apporter les bases de l'élaboration de l'expertise en soins primaires mais l'expérience professionnelle est nécessaire pour constituer cette expertise, ainsi qu'une formation à l'andragogie. Enfin les aspirations des jeunes médecins, l'évolution de la démographie médicale et les changements dans la FPC peuvent constituer un frein au développement de l'expertise en soins primaires.

## **Conclusion**

Les experts en soins primaires apparaissent donc comme des médecins généralistes en exercice, actifs au sein de la profession, formés à l'andragogie et pour certains spécifiquement à l'expertise. Ils utilisent leur expérience filtrée au travers des données de la science et en particulier de la littérature de soins primaires. Leur spécificité est le domaine de la décision médicale, c'est-à-dire tout ce qui concerne le patient et son environnement tout en tenant compte des contraintes liées à la médecine de premier recours. La reconnaissance par les pairs passe actuellement par la validation de leurs travaux mais certains experts affirment que cette reconnaissance doit à terme se baser sur la publication. Pour d'autres, même si cette dernière semble être une étape de l'expertise, elle n'est pas indispensable actuellement.

Dans le cadre plus spécifique de la FPC, le rôle de l'expert apparaît moins cadré que celle de l'expert spécialiste. Son rôle principal est de veiller à ce que les problématiques restent toujours dans le champ du soin primaire. Il a une fonction complémentaire et transversale avec l'expert spécialiste.

Les interviewés expriment également le fait que devenir expert en soins primaires apporte une certaine assurance par rapport à ses collègues généralistes ainsi que par rapport à tout autre professionnel de santé. L'expertise apporterait aussi un regard plus critique sur sa pratique, ce qui permettrait de faciliter les prises de décisions dans certaines situations cliniques complexes. Elle valoriserait donc la pratique clinique de médecine générale.

Il est donc important qu'un référentiel « officiel » soit défini afin de permettre de valider cette expertise et légitimer la place de l'expert en soins primaires comme interlocuteur privilégié dans les domaines où il intervient. D'autres obstacles apparaissent, comme la transparence des conflits d'intérêt, l'accès à la littérature de soins primaires ou l'évolution de la médecine générale dans le cadre de son exercice mais également dans l'aspiration des jeunes générations de médecins généralistes.

Il est à noter toutefois que le développement de la formation médicale initiale permet de former de mieux en mieux ces nouvelles générations. Il reste maintenant à faire le lien avec la formation médicale continue afin d'asseoir l'expertise en soins primaires et peut-être permettre de développer des recommandations et une littérature spécifiquement dédiée au soin de premier recours.

## **Bibliographie**

1. OMS Bureau régional pour l'Europe. Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale et de la médecine de famille en Europe [Internet]. 1998 [cited 2012 Oct 30]. Available from: <http://www.who.dk/>
2. J Allen, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste – médecin de famille. WONCA Europe; 2002.
3. FPC 2012 Médecins libéraux, cahier des charges des organismes de formation et des actions de formation professionnelle conventionnelle [Internet]. OGC; [cited 2012 Oct 30]. Available from: [http://www.ogc.fr/fichiers/Cahier\\_des\\_chargesFPC2012.pdf](http://www.ogc.fr/fichiers/Cahier_des_chargesFPC2012.pdf)
4. Scott-Smith W. The development of reasoning skills and expertise in primary care. *Educ Prim Care*. (17):117–29.
5. Got C. Expertise, son évolution récente, ses limites. *Prescrire*. (199):706–7.
6. Loi HPST. *Journal Officiel*; 2009.
7. Couvreur A, Lehudefranck, CREDOC. ESSAI DE COMPARAISON DE METHODES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES A PARTIR D'UN EXEMPLE □: LE PASSAGE A L'EURO VECU PAR LES CONSOMMATEURS. 2002.
8. Rapport sur l'indépendance et la valorisation de l'expertise venant à l'appui des décisions en santé publique [Internet]. Direction Générale de la Santé; 2008 [cited 2012 Oct 30]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000044/0000.pdf>
9. Boutiller B. VISION DES ETUDIANTS DE PCEM ET DCEM SUR LA MEDECINE GENERALE. 2004.
10. Ovhed I, Van Royen P, Hakansson A. What is the future of primary care research □? *Prim Health Care*. (23):248–53.
11. SFDRMG. Présentation et accès Baz'uriap [Internet]. [cited 2012 Oct 30]. Available from: <http://www.unaformec.org/Presentation-et-acces-a-Baz-Uriap.html>
12. art. L. 161-37 à L. 161-44 du code de la sécurité sociale [Internet]. [cited 2012 Oct 30]. Available from: <http://www.senat.fr/rap/103-424-1/103-424-138.html>

13. Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts [Internet]. HAS; 2010 [cited 2012 Oct 30]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_dpi.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_dpi.pdf)
14. collectif. Les revues de publications primaires. *Rev Prescrire*. (28):604–6.
15. Robelet M, Lapeyre-Sagesse N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins Genre, carrière et gestion des temps sociauxLe cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2006.

# **ANNEXE 1 :**

## Guide d'entretien

## Guide d'entretien

Est-ce que ça vous dérange si j'enregistre notre conversation, pour être avec vous et avoir vos phrases et non les miennes ?

- 1) Présentation générale et parcours professionnel
  - Age
  - Année d'installation
  - Type de cabinet (de groupe ou seul)
  - Mode d'exercice particulier
  - Type de médecine générale (rural, urbain, semi-urbain)
  - Temps de travail hebdomadaire
  - Variété de la patientèle
  - Maître de stage ?
  - Participation hors cabinet dans le domaine de la santé (réseaux de santé, sociétés savantes, syndicats, groupes de formation)
- 2) Que représente pour vous l'expertise en SP ?
- 3) Vous êtes-vous formés (et si oui, comment) à cette expertise ?
- 4) A quel(s) séminaire(s) avez-vous participé en tant qu'expert généraliste ?
- 5) En choisissant un exemple parmi ces séminaires
  - Comment l'avez-vous préparé (temps, documentation, écriture, diaporamas, etc.) ?
  - Vous êtes-vous référé à votre propre expérience (si oui, comment) ?
  - Combien de temps êtes-vous réellement intervenu ?
  - Avez-vous pu confronter votre expertise aux autres expertises durant ce séminaire (vous apparaissait-elle complémentaire ou parfois divergente ?)
  - Avez-vous pu répondre aux attentes des participants (si non, que vous manquait-il ?)
  - Que souhaiteriez-vous maintenant ?

**ANNEXE 2 :**  
Entretiens

## Entretien MG1

CB : *Bonjour.*

MG1 : *Bonjour.*

*Merci beaucoup de m'accorder un peu de votre temps.*

Oui, pas de souci.

*Bon, je vous propose de commencer.*

Oui.

*Juste avant de commencer, je vais enregistrer notre conversation si ça ne vous dérange pas.*

Non, non, pas de problème.

*Bon super, alors je vais m'y mettre tout de suite, hop ... Alors je vous propose qu'on apprenne à se connaître un petit peu.*

Hum, hum.

*Me présenter un peu votre parcours professionnel et puis ce que vous faites en dehors de votre cabinet sur le plan de la médecine.*

Alors, moi je suis généraliste, j'ai fait toutes mes études secondaires à B. Puis j'ai passé un bac C à l'époque à B. J'ai fait mes études à M. et j'ai fait mon résidanat de médecine générale à M. Pendant deux ans j'ai été assistante faisant fonction d'assistante à V. au centre anticancéreux de M. Je faisais des remplacements en même temps et ensuite je me suis installée en, octobre 1995 à S. où j'ai créé mon cabinet médical, toute seule mais dans un cadre, euh, avec un pharmacien au-dessus et deux dentistes. Voilà, donc ça fait un cabinet pluri professionnel, voilà, qui est plutôt sympa.

*Oui.* Je suis syndiquée, j'ai fait beaucoup de régulation pendant dix ans, pendant on va dire, 1996 à 2006, euh, j'ai créé un réseau d'éducation à la santé qui a eu trois ans de vie mais qui après s'est arrêté. Je suis coordinatrice d'un groupe de pairs, je fais de la formation médicale continue à MG form puis à FMC action, je suis expert généraliste dans ce cadre-là. *D'accord.* Et je suis enseignante à la fac depuis 2007, maître de stage et depuis peu maître de conf associé à la fac de médecine de M., voilà, je suis aussi élue au conseil de l'ordre, donc voilà. *(rires)*

*Ça fait un beau curriculum vitae ça !*

*(rires)* C'est, euh, voilà bon, c'est souvent comme ça les syndicalistes, on rentre par le syndicat, on fait de la formation, de la formation médicale initiale, ou continue, bon, puis après on est élu dans certains endroits. Bon, c'est comme ça, c'est souvent les pluricasquettes mais qui sont, des fois, un peu fatigantes à porter quand même.

*C'est surtout par rapport à la vie privée, oui, c'est sûr.*

Par rapport à la vie privée, ouais, hum, voilà, voilà.

*Dites-moi, vous m'avez parlé que vous étiez expert donc, généraliste dans les formations médicales continues entre MG FORM et FMC ACTION.*

Oui.

*Qu'est-ce que ça représente pour vous l'expertise en soins primaires au point de vue personnel ou au point de vue quantitatif ?*

*Quand on, euh, alors les deux en fait.*

Les deux, l'expertise généraliste, bon, moi je la fais soit en FMI c'est à dire au niveau des internes, on est tous des experts généralistes quand on est enseignants à la fac de médecine, globalement, à part quand on ne fait que de l'animation pure, des cours au niveau des ateliers. Mais la plupart du temps on a un rôle d'expert, c'est à dire en fait on se pose avec notre regard spécifique du soin primaire, sur des pathologies lambda mais ce regard généraliste en cabinet de médecine générale puis après en FMC, je trouve que c'est intéressant de partager avec le spécialiste puisque nous, on est premier recours, donc en fait on voit des pathologies en amont, on est là pour faire un premier tri, on n'a pas la même prévalence et on n'a pas la même façon d'aborder des symptômes, euh, ou une prise en charge que le spécialiste du deuxième recours puisque, nous, quand on les voit au cabinet,

on est là, euh, enfin, on a un bouquet de possibilités qui sont totalement différentes de celles des spécialistes puisqu'on fait un premier tri. On n'a pas la même prévalence des maladies donc on n'a pas forcément la même façon d'aborder les examens complémentaires et le fait d'aborder avec ce regard là au niveau de l'expertise, sur des sujets pour partager avec le spécialiste. Une douleur thoracique chez un généraliste, la plupart du temps, c'est une douleur intercostale ou une douleur d'arthrose, et non pas une douleur cardio, donc évidemment qu'on va chercher à éliminer la douleur cardio mais on n'aura pas forcément recours de la même manière à un électro que si moi je l'envoie au cardiologue qui lui de toute façon sera obligé de faire un électro, voilà, donc c'est ce regard là que je trouve intéressant d'apporter en expertise généraliste.

*Tout à fait. Alors vous me parlez de quantitatif aussi, vous avez animé, euh, à peu près combien de séminaires cette année ?*

Cette année, j'ai fait, euh, au jour d'aujourd'hui, alors, jusqu'à mai, j'ai fait, enfin en FMI, j'en ai fait huit ou neuf. En FMC j'en ai fait une et après je suis en train d'organiser celles où on devient expert, euh, expert organisateur. Donc je fais les deux pour la semaine prochaine, voilà. Mais en fait, quand on fait beaucoup de FMI au bout d'un moment on fait moins de FMC parce qu'il faut bien être au cabinet aussi, on ne peut pas se diviser, hein, non même si la FMC c'est mieux payé que la FMI, quand même, il faut dire les choses comme elles sont quand même.

*D'accord. Donc quand vous dites que vous êtes amenée, euh, donc vous êtes passée par la FMC puis vous êtes arrivée à la FM, qui du coup à pris le dessus sur la FMC.*

Hum, hum.

*Est-ce que vous êtes amenée à vous former à cette expertise ?*

Oui en fait on fait un cursus d'abord avec MG FORM où c'est prise de parole en public, animer un grand groupe, euh, animer un groupe, animer un grand groupe, expert en médecine générale niveau un, niveau deux, d'accord, et ensuite on continue puisque là on est devenu FMC ACTION. Dans le Languedoc Roussillon on a fait un choix politique et donc on a au moins chaque année, on a une expertise, qu'on se réalise pour nous, des formations de formateurs, donc par exemple, bon, euh, on a fait expertise, on a fait de la recherche qualitative, bon, ça c'est notre domaine, on fait de la carte heuristique, ça c'est notre domaine aussi, mais bon on continue à se former chaque année au moins, enfin, une fois par an minimum. *D'accord donc tous les ans vous faites une formation.*

Tout le temps au moment du creux, d'accord, en fait en janvier on a un creux de, euh, comme on a les appels d'offres on a les retours en décembre on ne peut décemment pas mettre des séminaires en janvier puisque jamais remplis. On n'aurait pas le temps d'organiser, donc, du coup, on se fait pour nous, on se réserve une ou deux dates pour faire vendredi-samedi une formation, voilà.

*D'accord, donc vous avez un rythme de formation assez soutenu, quand même, pour vous-même.*

Ah oui, quand même, globalement dans l'année, je fais au moins douze jours de formation quoi.

*D'accord, hum, donc cette année, alors moi je m'intéresse plutôt, je me suis ciblé plutôt sur les cadres de la FMC. Oui puisque pour la FMI ce serait trop large pour ma thèse, tout à fait, euh, vous m'avez dit que vous aviez fait un séminaire cette année, c'était quelle thématique ?*

La gynéco

*D'accord, hum, très bien et comment vous l'avez préparé ce séminaire en tant qu'expert ?*

Alors comment je l'ai préparé ? De deux manières, alors, déjà je l'ai préparé avec l'équipe, c'est-à-dire, enfin, j'ai fait une première lecture pour voir si j'allais accepter ou pas, oui enfin, j'ai accepté sur le titre qui était un peu trompeur, donc je l'ai accepté pensant que c'était un domaine que j'avais déjà fait, euh, c'était, euh, je pensais que c'était, euh, elle m'a dit que c'est la gynéco. Voilà, je me suis dit, de toutes façons, j'ai fait la femme ménopausée, la contraception, ben, je n'aurais pas trop à bosser. En fait, c'était le suivi

gynécologique chez une femme traitée pour un cancer du sein après traitement curatif, ce qui n'était pas du tout la même chose, donc il a fallu que je bosse. Donc j'ai fait une lecture, une première lecture, et après on a fait une réunion et on s'est accordé avec les animateurs, l'organisateur et les autres experts pour savoir quelle place il fallait que je traite. Une fois que j'ai fait ça, j'ai proposé des angles de vue et après j'ai travaillé sur la thématique, en lisant quoi, notamment en lisant, en regardant à partir déjà de leur biblio à eux et puis moi j'ai l'EMC aussi que j'utilise, je suis abonnée à l'EMC. Après j'ai fait une recherche sur CISMEF et puis je me suis appuyée sur des choses que je connaissais aussi en cancéro, euh, ben, des revues reconnues quoi.

*D'accord et vous vous êtes référée aussi à votre propre expérience ?*

Alors, après ça, c'est, euh, dans la construction du PowerPoint que ça ressort. *D'accord.* Bon, ben, en fait, euh, ma propre expérience ? Je pense que quand on est expert généraliste, donner son regard c'est donner en principe sa propre expérience, enfin, en se disant que c'est par ce regard-là qu'il faut aborder les choses. Ensuite, je pense que, quand même, il nous faut avoir des choses qui ne reposent pas uniquement sur notre parcours à nous mais sur des choses qui sont quand même formalisées. Enfin, ce que veulent voir les médecins qui se forment ce n'est pas docteur un tel, ce n'est pas mon opinion propre à moi, hein, mais c'est de dire, effectivement, moi je vous apporte un regard en pensant que peut-être il faut avoir cet angle là, mais ça repose quand même sur l'EBM, euh, enfin, oui, sur l'EBM et que, bon, on est pas, enfin, nous aussi médecins généralistes on a des référentiels qui ne sont pas forcément applicables mais qu'on peut, euh, qu'il faut au moins que l'on ait, en tout cas, enfin, moi j'utilise beaucoup les trois cercles. En médecine générale, on utilise beaucoup les trois cercles avec les préférentiels du patient, du médecin et les références scientifiques, voilà. À la différence du spé qui n'utilise que les préférences scientifiques, d'accord, oui, voilà.

*Alors, justement j'allais en arriver là, dans votre séminaire vous étiez en association avec un expert spécialiste aussi ?*

Il y avait un gynéco, un expert gynéco, et il y avait une psychologue, enfin, un médecin généraliste, sexologue, pardon, *d'accord, et lorsque vous interagissiez avec eux vous vous retrouviez parfois en, euh, accord, en désaccord, euh, avec un abord différent dans l'approche ?*

Alors un désaccord, non, parce que de toutes les façons, en général, on essaie, enfin moi il me semble que quand on fait une bonne préparation on ne doit pas être en désaccord. Ça ne doit pas se montrer, il vaut mieux arbitrer, on peut avoir un point de vue différent en disant que, nous, on ne ferait pas comme ça, parce qu'on est au premier niveau mais en fait, euh cet expert gynéco a lui aussi toute sa place auprès des généralistes, donc ça n'a pas posé souci. Ça aurait peut-être plus posé souci, euh, peut être effectivement, j'ai envie de dire, sur le PSA, avec un urologue qui aurait dit qu'il faut faire un PSA etc., mais là, on était tout à fait en accord, donc non je n'ai pas eu de souci là-dessus.

*D'accord et en cas de compromis, puisque du coup vous faites des compromis lors de la préparation, comment vous le retranscrivez auprès des participants lorsque par exemple vous êtes sur quelque chose où vous n'êtes pas tout à fait d'accord ou vous que ne feriez pas comme ça ?*

Eh ben, disons qu'à ce moment-là, chacun regarde son point de vue, mais après il faut tempérer en disant que nous, de notre regard généraliste, on peut penser que c'est ça, même si du regard du spécialiste ça peut être une autre opinion. *D'accord.* Et puis peut-être on n'est pas au même niveau, on n'a peut-être pas forcément ..., nous, on a peut-être plus tendance à utiliser notre façon de réfléchir qui est d'utiliser les trois cercles c'est-à-dire, par exemple, pour un diabétique, on sait que normalement au bout de deux hémoglobines glycosylées, enfin, qui ne sont pas équilibrées, en théorie, il faut changer de thérapeutique, ou augmenter ou changer, mais bon il faut voir l'état des circonstances. Enfin, les préférences du patient et les circonstances qui font aussi que, peut-être, ce patient, à ce moment-là, il traverse une période difficile, qu'il n'est pas capable de faire. Voir avec lui s'il

est d'accord pour changer ou pas, enfin, bon, voilà, il y a tout ça qui rentre en ligne de compte alors que peut être, euh, le spécialiste ne fera pas, euh, fera beaucoup moins état de ça, alors que nous, euh, enfin moi, il me semble, hein, quand je raisonne avec un patient, je ne raisonne pas, euh, uniquement seule. C'est moi qui décide, euh, je, euh, voilà, j'utilise vraiment les, euh, enfin, les patients d'accord ? Je prends vraiment en compte les accords des patients. Je pense que nous avons peut-être plus intégré ça que les spécialistes.

*Oui, probablement, moi j'en suis convaincu.*

Mais bon, ça change aussi quand même, ça change aussi, oui, ben déjà on a un référentiel qui change entre spécialistes et généralistes, enfin spécialistes de médecine générale. Je pense qu'il y a un rapport qui évolue aussi puisqu'on devient de plus en plus complémentaires. Oui, donc, je pense que si on est en fait ce que, enfin, ce que moi je pense réellement, c'est que nous on est en soins primaires ou en soins secondaires puis après, à l'hôpital, au niveau trois, mais je veux dire, ce qui valorise leur rôle, c'est ce qui sélectionne les soins secondaires. C'est à dire que nous, on fait ce que nous on peut faire et eux c'est un rôle de spécialiste si c'est pour qu'ils fassent un équilibre du diabète on peut le faire, la thyroïde aussi quoi. Ce qui est intéressant c'est si on n'y arrive pas à le faire comme c'est beaucoup plus compliqué, ça fait appel à leur compétences spécifiques, d'accord, je pense que ça va évoluer, enfin, je l'espère en tout cas.

*Dans quel sens vous dites que ça va évoluer ?*

Ben, je pense que maintenant l'internat pour tous depuis 2004 est intégré, euh, 2006 oui 2004.

*C'est ça, oui, 2004, hum.*

Oui 2004 est intégré, donc en fait les internes de spécialités et de médecine générale sont reconnus comme internes. En plus, on valorise de plus en plus le stage externat chez le généraliste en 4ème ou 5ème année, donc il y a quand même une vision de ce que nous on fait dans le cabinet qui est différente. Ils ne se rendent pas compte à quel point on fait plein de choses et donc, même moi, j'ai eu une externe l'an dernier qui veut faire chirurgien orthopédique et donc en fait elle a adoré venir en cabinet de médecine générale, elle m'a dit : « ... je ne pensais pas que tu faisais autant de choses que ça quoi ... » et donc ce regard-là, au bout d'un moment, il va changer puisque eux ils seront les futurs spécialistes, ce que n'ont pas eu les anciens, quoi, hum, les généralistes, en général, c'était ceux qui n'avaient pas fait les autres spécialités, quoi.

*Tout à fait, tout à fait, oui, et est-ce que dans votre dernier séminaire, par exemple, par rapport aux participants, c'était donc une population de médecins généralistes je suppose, quelle était leur demande exacte au cours de ce séminaire est-ce que c'était plutôt une conduite pratique ? Est-ce que c'était un manque de connaissance ? Et qu'est-ce qu'ils en ont ressorti ?* Alors je pense que c'était avec H., hein, le séminaire, oui, je pense qu'il y a plusieurs niveaux. Je pense qu'il y a un manque de connaissance, moi je suis surprise, bon, défavorablement sur le manque de connaissance de certains médecins et alors je ne sais pas si c'est parce que... en tant que enfin médecin dans la formation, que ce soit initiale ou continue, pour moi c'est pareil, hein, oui. Donc on continue à se former mais je trouve qu'il y a pas mal de médecins qui manquent de connaissances de base, entre guillemets, de choses qui me paraissaient évidentes. Donc il y a un problème de connaissances, après il y a une demande de recettes, c'est évident, mais je pense que même avec les connaissances, il y a un besoin, voilà, hum, c'est ce que j'ai ressenti en tous cas dans ce séminaire.

*Je trouve aussi qu'il y a beaucoup de connaissances qui manquent chez certains de nos confrères, oui, mais jeunes ou moins jeunes (rires).*

Les jeunes, euh, c'est de la pratique qu'il leur manque. C'est à dire ça sera plutôt le côté administratif qui va leur manquer, euh, les systèmes, les choses comme ça, les jeunes ont un niveau de formation qui est largement supérieur à celui que j'avais moi et pour avoir celui que j'ai moi maintenant il a fallu que je bosse quoi derrière et moi je trouve aberrant que des médecins ne pensent vraiment pas à ça. Moi je suis entrée dans un groupe de formation dès mon installation, quoi, tous les mois, et je trouve aberrant que des médecins

ne pensent vraiment pas à ça et que finalement ils aient attendu un retour à la formation médicale sur deux jours indemnisée qui est beaucoup plus performante, quand même. Il faut avouer que les groupes de formation descendants de l'hôpital, mais bon, ça c'est autre chose, mais, euh, bon, c'est de partager avec des médecins, quoi, hum, enfin voilà.

*Et on sait que la FMC est en train de se modifier là, puisqu'il va y avoir le Développement Professionnel Continu, DPC, comment vous voyez la place de l'expert dans le futur DPC ?* Alors moi j'écris des séminaires de DPC (toux) mais plus dans le domaine diabète, moi je trouve que le DPC est beaucoup plus intéressant à écrire que la FPC classique. Je me suis beaucoup plus éclatée dans le rôle de l'expert qui à mon avis est un rôle de partage, c'est à dire déjà de faire un retour sur, euh, sur, alors ça dépend quelle forme de DPC, quoi, le présentiel ou pas le présentiel de toute façon. S'il n'y a pas le présentiel l'expert n'existe pas, au moins, avec le présentiel il y a souvent des questionnaires initiaux et donc il y a un retour sur la pratique et donc je trouve que les faire travailler sur l'EBM, de faire prendre conscience des préférences du patient, à mon sens. Probablement aussi que dans le dossier on doit noter beaucoup plus de choses que l'on note et en particulier sur l'inertie thérapeutique, les raisons de l'inertie thérapeutique. Je pense que c'est un rôle important du généraliste, enfin de l'expert généraliste, et je pense que le DPC a vocation beaucoup plus pour l'expert généraliste que l'expert spécialiste, hum. D'accord, voilà, parce que c'est plus du savoir-être que du savoir pur total or, pour moi, l'expert spécialiste est plus un savoir pur et nous, dans le savoir, euh, enfin c'est le partage du savoir-faire. Mais le savoir-être est beaucoup plus du domaine de l'expertise généraliste à mon sens, hein, voilà, euh, c'est intégré au savoir-faire, hein, mais le savoir pur, euh, dans le DPC, il faut qu'il soit acquis ou s'il est pas acquis il est amené avec des référentiels et ils se mettent à bosser derrière alors que dans la FPC il y a souvent des plénières descendantes, euh, sur des thématiques, euh, alors qu'il y en a qu'un peu, hein, dans le DPC. Il peut y avoir un peu, hum, mais ce n'est pas ce qui va résoudre, euh, c'est plus cette façon de travailler à réfléchir sur sa pratique donc c'est à mon sens plus sur ça que c'est plus le savoir-être.

*D'accord, donc, pour vous, en fait, dans le futur DPC vous dites que le fait qu'il y ait une préparation des participants avant, sur le plan de la connaissance, ils risquent d'être mieux formés puisque plus renseignés avant et donc du coup ça va être plutôt ...*

Ce n'est pas qu'ils vont se former en amont sur les connaissances mais comme on leur dit, on les questionne sur des choses, enfin, ils ont des questionnaires à remplir sur leur pratique la plupart du temps, quand on remplit quelque chose on se dit : « mince ça pourquoi ça ». Je pense que ça peut faire appel à une curiosité à bosser et nous, quand on fait un retour sur leur, euh, sur leurs résultats, entre guillemets, perso et c'est pas lié en groupe mais globaux et qu'on fait appel aux référentiels, on leur donne les référentiels même si, euh, on peut faire travailler sur des référentiels, hum, avec l'aide critique aux articles, l'aide critique aux recommandations HAS etc.. Donc du coup ça les interpelle, ce n'est pas du savoir pur mais c'est une façon de, euh, d'avoir une lecture voilà. Donc c'est plus sur ça, c'est pour ça que je dis plutôt le savoir-être que du savoir pur. Le savoir pur ils vont l'acquérir mais probablement beaucoup moins en DPC qu'en FPC et je pense que c'est pour ça que les médecins ont du mal à adhérer parce que c'est un regard sur soi, hum, qui demande beaucoup plus d'investissement de travail à mon sens même si, euh, finalement à l'arrivée, ce sera moins payé puisque maintenant l'indemnisation ne se fait que sur les jours de présence. Ça a changé, hum, et je pense que ça va changer, enfin, voilà, les médecins ça les remue un peu plus quoi, ben oui, au début on les voit un peu déboussolés sur, euh, enfin ce qu'ils disent de la, euh, on n'a pas, euh, d'expert spé, on n'a pas voilà, ça ce n'est pas toujours évident à faire passer mais bon voilà.

*C'est le temps de se faire aussi et puis que le DPC prenne ses marques, oui, hum, et donc vous, en tant qu'expert généraliste, vous m'aviez dit que vous étiez, que vous étiez rentrée par la FMC donc par MG ?*

Oui, j'étais, ben vous savez, moi je suis rentrée dans un syndicat qui était MG France, oui, donc MG Form était lié à MG France. Moi j'ai créé un réseau de diabète et quand j'ai créé

un réseau diabète d'éducation, j'ai reçu une invitation pour faire formateur dans des formations de formateurs, hum, et j'ai commencé comme ça la formation, pas par le groupe du L., c'est un peu paradoxal, mais je suis montée à P. et à N. pour me former, voilà.

*D'accord, d'accord*

, bon, et puis, euh, du coup ça m'a, ça nous a donné envie de continuer quoi, *d'accord. Et c'est comme ça que vous avez mis un pied à la FMI, après ?*

Et alors avec le même groupe, oui, donc du coup effectivement je, euh, j'ai, euh, je suis rentrée à la FMI, d'accord ? D'abord par la maîtrise de stage, oui, et, euh, ensuite, euh, par, euh, enfin, j'ai fait la formation en maîtrise de stage et puis j'ai fait les premiers enseignements. Bon, mais beaucoup de beaucoup c'est, euh, ça s'inter-croise, hein, ah ben c'est sûr, c'est sûr, ça s'inter-croise. A part peut-être quand, euh, bon, après, euh, vous avez une prévalence de certaines idées de certains syndicats par rapport à d'autres en FMI, euh, qui n'est peut-être pas la même qu'en FPC quoi que d'accord, la FMI est moins investie par certains syndicats que d'autres, hum, courants de pensée, quoi, voilà, hum, d'accord ?

*Alors une dernière question dans le cadre de vos séminaires, hum, vous, en tant qu'expert vous êtes intervenue combien de temps par rapport aux autres experts, vous avez un temps à peu près équivalent ?*

Hou, euh, comment, quelle est votre place, euh, qu'a été votre place ? Alors moi, j'en ai eu, euh, deux. J'avais alors, je suis en fait, on a fait quelque chose de partagé et il y a eu un moment où c'était vraiment sur l'arrêt du travail, euh, enfin, sur les possibilités, euh, sociales, entre guillemets, du de la patiente. Donc là, j'ai fait moitié moitié avec le médecin du travail, avec mon côté généraliste sur les indemnités de l'arrêt de travail, euh, les invalidités etc.. Tout ce que ça signifiait, euh, par rapport au patient, les droits de la patiente et ensuite après je faisais accepter, euh, tout ce qui était, euh, effets secondaires des thérapeutiques, euh, que nous voyions en premier recours, euh, style pour le tamoxifène etc.. Donc, je dirais que globalement, on avait un temps égal avec l'expert, le médecin du travail et la psychologue un peu moins puisqu'ils n'avaient qu'une demi-journée durant laquelle ils intervenaient. En fait, moi, je complétais ce que disait l'expert spé, avec le regard du généraliste, pas forcément médical pur, mais avec deux trois items et lui quand je mettais mes diaporamas, complétait aussi, voilà, et renforçait, ça s'est fait comme ça donc, euh, globalement c'est à peu près équivalent je dirais.

*D'accord, et votre temps de préparation pour, euh, pour le, euh, sur un séminaire comme celui auquel vous avez participé en tant qu'expert, ça vous a demandé combien de temps ?* En fait, c'est vachement difficile à évaluer parce qu'il y a déjà tout ce qui est antérieur, oui, et après mes lectures, j'ai un peu de mal à évaluer la préparation du PowerPoint. J'ai dû passer un bon week-end dessus parce qu'en général, moi, je fais, euh, par une idée. Je mets mes idées telles que je les conçois et après, euh, je fais des diapo zen enfin j'essaie de faire des diapos zen. Donc après je vire la majorité des choses écrites et j'essaie de trouver des correspondances avec des photos, voilà, donc ça prend quand même un bon week-end d'accord ?

*Alors, juste je vais vous poser quelques questions par rapport à votre pratique vous travaillez combien de jours par semaine dans votre cabinet du coup ?*

Alors, mon cabinet est ouvert cinq jours et demi par semaine donc du lundi au samedi midi, le jeudi j'ai une SASPAS pour l'instant, donc j'ai une interne en SASPAS, ouais, donc hormis lorsqu'elle est en vacances, que je ne suis pas à la fac et que je ne suis pas en vacances je suis au cabinet quoi, ouais, donc, euh, enfin, quand elle est en vacances en tous cas donc, euh, voilà j'ai cinq jours et demi quoi en gros je sais pas si d'accord.

*Et quel type de patientèle ? C'est une patientèle jeune, âgée ?*

Mixte, alors, euh, j'ai plus, je n'ai pas, j'ai très peu de patients âgés, j'en ai 15%. J'ai créé mon cabinet donc en fait les patients vieillissent avec moi, hein, voilà d'accord ? J'ai 30 % d'activité de, euh, de pédiatrie, oui, voilà, de moins de seize ans, euh, j'ai beaucoup de femmes, j'ai beaucoup de suivi gynéco, beaucoup de pédiat, euh, et des patients, euh, des

actifs, voilà, c'est, euh, voilà et psychosomatiques un peu psy aussi, voilà.

*Oui, bon, ben je crois qu'on a fait le tour, c'est super, euh, ben je vous remercie beaucoup.*

Avec plaisir

## Entretien MG2

MG 2 : Bonjour

*CB : Bonjour, je vous remercie tout d'abord d'avoir bien voulu accepter de m'accorder un peu de temps pour cette interview. Je vous propose de commencer.*

Oui, tout à fait.

*Oui, alors tout d'abord, je voudrais voir si ça vous dérange que j'enregistre notre conversation.*

Pas de problème.

*D'accord, super. Bon alors pour mieux vous connaître je vous propose de commencer par vous demander votre parcours professionnel et puis vos activités, euh, extra-professionnelles dans le domaine de la médecine.*

D'accord, donc je suis médecin généraliste depuis trente cinq ans, j'ai commencé dans un cabinet, euh, enfin j'ai fait une création donc, dans un petit village tout seul. Je me suis associé au bout d'une dizaine d'années avec d'autres confrères et j'ai créé sur le secteur, euh, une association de formation médicale continue sur le canton et de fil en aiguille j'ai pris quelques responsabilités au niveau, euh, d'une fédération régionale de formation médicale continue, en l'occurrence à l'époque l'UNAFORMEC et c'était l'époque où se mettait en place, euh, l'enseignement de médecine générale et nos collègues hospitalo-universitaires ont, euh, démarché, si je puis dire, les, euh, médecins qui faisaient de la formation médicale continue, qui étaient impliqués dans la formation médicale continue, pour participer à l'enseignement de médecine générale à la fac dans les années 86- 88 et donc, vu mon engagement dans la formation médicale continue, j'ai été, euh, sollicité par l'université de B. pour participer à l'enseignement et donc petit à petit, ben j'ai abandonné enfin pas abandonné mais bon ... réduit mes activités en formation continue pour me consacrer à la formation initiale.

*D'accord, vous exercez combien de jours par semaine au cabinet ?*

Alors, actuellement, j'exerce deux jours et demi par semaine au cabinet mais du coup j'ai changé, euh, oui, j'ai oublié il manquait une étape dans mon parcours professionnel lorsque j'ai été effectivement nommé professeur de médecine générale à l'université de B.. J'ai abandonné mon premier cabinet, celui que j'avais créé à côté de là où j'habite d'ailleurs et j'ai intégré une maison de santé pluriprofessionnelle où on est plus nombreux, ce qui m'a permis de trouver un compromis avec mes activités de soins et mes activités universitaires. Donc maintenant, je travaille deux jours et demi par semaine au cabinet et deux jours et demi et plus à la fac.

*Très bien, dans votre population de médecine générale c'est plutôt diversifiée, vous faites de tout ?*

Oui, tout à fait diversifiée puisque j'ai un recrutement de l'ordre de 25 à 30 % d'enfants de moins de seize ans et puis, euh, un autre tiers de personnes âgées et puis, euh, voilà, c'est assez bien réparti, euh, sur les tranches d'âges et c'est en milieu rural puisque c'est dans une commune de moins de 5000 habitants.

*Bien, vous êtes encore maître de stage ou pas ?*

Oui, je suis toujours maître de stage.

*D'accord, alors donc je vous parlais de mon projet de recherche qui était donc sur l'expertise en médecine générale, euh, que représente pour vous l'expertise en soins primaires ?*

Vaste question, euh, premier élément de réponse, c'est qu'on ne peut être expert d'une discipline que si on l'exerce, donc ça été l'élément moteur de la montée en puissance de l'expertise généraliste, ce qui ne veut pas dire qu'on soit les seuls à pouvoir fournir une expertise mais que la présence d'un expert généraliste, d'un expert de soins primaires, me paraît indispensable dès lors qu'on va s'adresser à un public de médecins généralistes parce que si l'on veut avoir, euh, une adéquation entre notre discours et la pratique, ben, il faut que ça soit effectivement quelqu'un qui ait cette expérience de l'exercice en soins primaires

et si on va plus loin, pour répondre plus précisément à votre question, l'expertise en soins primaires, elle n'a d'intérêt que si les acteurs des soins primaires peuvent se l'approprier et pour qu'ils puissent se l'approprier et ben il faut qu'elle émane des gens qui partagent comme eux le même champ d'activité des soins primaires.

*D'accord, donc pour vous, un expert en soins primaires ne peut pas intervenir auprès de spécialistes d'autres spécialités ?* Si, alors vous me demandez de définir l'expertise en soins primaires.

*Bien sûr.*

Bien sûr, ce qui définit l'expertise en soins primaires. Alors le deuxième niveau, vous avez raison, c'est d'apporter un éclairage de soins primaires dans les autres enseignements et c'est en particulier ce que nous faisons euh à B. dans l'enseignement de deuxième cycle où nous avons pu nous introduire, si je puis dire, dans les différents items des ECN pour effectivement apporter un éclairage de soins primaires dans toutes les pathologies que concernent plus précisément les soins primaires. Comme je ne sais pas, moi, les otites moyennes aiguës ou, euh, les céphalées qui sont des motifs de consultation de médecine générale. Donc, vous avez raison, un premier niveau qui concerne l'expertise, euh, en soins primaires pour les acteurs de soins primaires et puis l'expertise en soins primaires pour les autres disciplines.

*Très bien, en parlant d'expertise est-ce que vous vous êtes formé à l'expertise et de quelle manière ?*

Alors, au départ, comme je pense avoir été parmi les premiers à développer le concept d'expertise en soins primaires et bien on s'est formé sur le tas, mais, euh, la formation, elle, est surtout venue du fait que, euh, comme on a souhaité élargir le nombre de médecins généralistes intervenants comme experts de soins primaires, on a mis en place des formations notamment au niveau du CNGE et donc il a fallu forcément se poser la question : quel était le prérequis nécessaire pour devenir expert de médecine générale. Donc ça nous a emmené, nous-mêmes, à aller chercher, euh, les compétences qui pouvaient nous manquer, pour devenir nous-mêmes, experts et donc pour pouvoir former d'autres à l'expertise.

*D'accord, c'est très intéressant, quels étaient ces prérequis que vous aviez mis en place, les principaux ?*

C'est une démarche collégiale, au sein du collège national des généralistes enseignants du CNGE, qui a permis effectivement de bâtir ce qui nous a semblé les fondamentaux de l'expertise en médecine générale et pour l'anecdote, je souligne qu'à l'époque où on a développé le concept, euh, d'expertise en soins primaires, tous nos interlocuteurs, y compris ceux de soins primaires, n'étaient pas forcément d'accord sur cette notion là. On a rencontré beaucoup de résistance de leur part, y compris des syndicats médicaux, sur le fait que des experts en médecine générale puissent justement se mettre en position d'expertise à côté des experts des autres disciplines et puis ça a été, euh, un défi assez important à relever. Maintenant ça paraît évident pour tout le monde mais je peux vous dire qu'il y a quelques années ce n'était pas évident, y compris pour nos propres troupes, si je puis dire. Pour nos propres troupes, pour les généralistes eux-mêmes, ce n'était pas évident de faire accepter l'idée d'un expert généraliste et je me souviens dans certaines, dans mes premières interventions, notamment à la fac, certains m'ont dit : « ...mais quelle est ta légitimité, à toi, généraliste, de venir nous parler à nous, euh, tu es comme nous, euh, t'a rien de plus que nous... », voilà, donc ça n'a pas été évident au départ.

*Vous vous situiez dans quelle période là ? Fin des années 90 ou ... ?*

Là, oui, c'est dans les années 95 même oui.

*Hum, d'accord, donc vous avez participé à des séminaires de FMC. Vous savez à peu près à combien vous avez participé et à quelle date vous avez participé à votre dernier ?*

Oui, en tant qu'expert, alors là cette année-là, ouais.

*C'était quoi comme thématique ?*

Alors, cette année, euh, oui, c'était la formation de formateurs là ce n'était pas un, euh, un

thème purement biomédical mais l'année dernière c'était sur le risque cardiovasculaire et sur l' HTA.

*D'accord est-ce que vous pourriez me dire comment vous l'avez préparé ?*

Ben là déjà, euh, bon, j'étais (rires) c'est un peu, j'étais promoteur du dossier au niveau du CNGE donc c'est moi qui avait pris le dossier. Donc, j'ai mis à jour ce que j'avais déjà préparé et soumis à l'OGC, enfin à la FPC, pour avoir l'agrément pour ces séminaires-là. D'accord, avec une petite nuance, c'est que au départ c'était un dossier, euh, de FPC et c'est devenu un dossier de DPC, hum, donc on a effectivement rajouté les trois phases de recueil des pratiques, analyses des pratiques et impact sur les pratiques futures, quoi. Mais, euh, on a remodelé en fonction de la nouvelle donne du DPC, mais c'était le même contenu.

*D'accord, la préparation d'un séminaire, de façon générale, ça vous prend combien de temps ? Vous faites vos recherches de quelle manière ? Et vous allez le présenter de quelle manière ? Vous vous placez comment vous en tant qu'expert ?*

Ben, la préparation, dans la mesure où moi j'interviens principalement pour le CNGE dans des dossiers qui sont déjà construits donc c'est un problème d'appropriation du dossier et si c'est en plus un dossier que j'ai moi-même conçu ça va encore plus vite. Mais, en général, c'est un problème d'appropriation d'un dossier qui existe déjà et pour lequel l'actualisation bibliographique, parce que c'est souvent l'élément clé, a déjà été faite par le concepteur du projet. Mais en l'occurrence, dans l'exemple que je vous citais, comme j'étais concepteur du projet, ben, j'ai passé, ouais, une bonne demi-journée de réactualisation de la bibliographie mais, euh, ça c'est fait normalement par le concepteur du dossier et l'expert en soins primaires, il a simplement à s'approprier le dossier à la fois sur le plan biblio et sur le plan des documents pédagogiques.

*Hum, vous utilisez quoi quand vous faites cette réactualisation biblio, vous utilisez quoi comme type de références ? Votre référentiel ?*

J'utilise la documentation, l'accès à la documentation de l'université avec les bases habituelles de Cochrane, Pascal et Medline.

*D'accord, et dans ce séminaire vous étiez le seul expert ou il y avait un autre expert avec vous ?*

Euh, non, j'étais seul expert.

*D'accord, vous avez participé à des séminaires où vous étiez, euh, en binôme avec un expert d'une autre spécialité ?*

Euh, oui, tout à fait.

*Et comment vous vous situiez par rapport au discours de l'expert ? Est-ce que vous étiez toujours en accord, en réunion préparatoire ou même pendant le séminaire ? Est-ce que vous avez été en désaccord et comment vous faisiez ?*

En général le travail se fait en amont et on se met d'accord sur les principaux messages mais le plus délétère dans une formation ce sont les divergences d'appréciation entre les deux experts. Donc, moi, mon souci principal c'est de se mettre d'accord sur les messages essentiels et s'il y a des messages pour lesquels, effectivement, il n'y a pas dans la littérature d'éléments probants et ben à ce moment-là, on va donner un avis d'expert qui peut être différent mais qui est bien pris en compte comme un avis d'expert avec le niveau de preuve qui réfère, c'est à dire un niveau bas.

*D'accord, parce qu'on sait que généralement, comme nos recommandations sont faites sur un modèle hospitalier avec un référentiel qui est très hospitalo-centré, donc du coup on a du mal dans nos bibliographies à trouver, euh, un message qui n'est pas forcément adapté à la pratique de la médecine générale au sein du cabinet. Vous adaptez comment votre discours en tant qu'expert en soins primaires par rapport à cette difficulté ? Enfin, vous pouvez dire que vous n'êtes pas d'accord, hein, tout à fait et comment vous adaptez votre discours ?*

Alors moi je ne partage pas votre septicisme sur, euh, la validité des recommandations pour l'usage en soins primaires. Je pense que, enfin, je me réfère à trois recommandations, même s'il y en a deux qui ont été retirées pour des raisons purement administratives. Mais

les recommandations sur l'HTA, sur le diabète ou sur la dyslipidémie sont parfaitement utilisables en médecine générale et il ne faut pas confondre les données actuelles de la science, de la démarche d'Evidence-Based-Medicine, d'EBM. Moi je documente, le cercle des données actuelles de la science dans le tryptique de l'EBM mais après, je vais parler du contexte et du patient qui peuvent effectivement, là, donner une approche différente de celle de l'expert de notre spécialité. Mais le cercle des données actuelles de la science, il reste le même, tout à fait, hum, c'est simplement la contextualisation et la personnalisation de ces données qui peuvent différer parce que, effectivement, on est dans un exercice de soins primaires. Mais là, c'est justement la plus-value de l'expert, euh, de soins primaires, c'est d'apporter une contextualisation, une personnalisation des données dans un champ d'activité qu'en général, ne connaît pas bien l'expert de l'autre spécialité.

*Donc là, vous vous basez plutôt sur votre expérience ?*

Euh, non, il y a aussi des données concernant, euh, le contexte clinique d'exercice en soins primaires et les choix du patient, il y a aussi des données.

*Hum, oui, vraiment, je ne remets pas en cause les recommandations du tout, hein.*

Avec un niveau de preuve certainement moins grand mais il y a aussi des données.

*D'accord, très bien, dans ces séminaires, vous intervenez combien de temps en tant qu'expert quand, euh, vous êtes plusieurs ? Vous savez à peu près combien de temps vous évaluez dans une demi-journée ou dans une journée ? En fonction de la durée du séminaire ?*

On fait des expertises conjointes. Donc, si vous voulez, le montage des séminaires du CNGE, en général, c'est une alternance d'ateliers de production de groupes et, donc une participation, enfin une restitution en grand groupe. Donc les experts interviennent au moment de la restitution du travail de production des groupes en séances plénières et à ce moment-là, les deux experts interviennent le même temps en général. Ce sont des séquences qui durent une heure à une heure et demie. Les séquences de restitution en grand groupe, si vous tenez compte d'une demi-heure du rapport des groupes, il reste en général une heure d'expertise et cette expertise, elle est répartie de façon harmonieuse. Mais ce n'est pas comme pour les élections présidentielles, on ne limite pas le temps d'intervention et en général, comme ce sont des experts avec lesquels on a l'habitude de travailler, c'est un jeu d'interventions, effectivement, qui se complètent.

*Hum, bien sûr, comment vous répondez aux attentes des participants ? Donc, euh, vous parlez d'un discours en amont, euh, entre experts. Est-ce que, euh, est-ce que, parfois, vous êtes confronté à des difficultés parce que vous n'aviez pas prévu les questions des participants ? Et comment vous vous adaptez ?*

Ben, l'élément essentiel c'est effectivement d'apporter des réponses au niveau de son expertise, c'est à dire des soins primaires et de temps en temps, dans les questions, il y a des participants qui vont poser des questions sur des aspects un peu plus pointus qui dépassent le champ des soins primaires. Dans ces cas-là, la réponse est univoque, c'est-à-dire, pour ce type de problème on a besoin de référer aux soins secondaires et d'ailleurs il y a un expert des soins secondaires qui est là et qui va répondre à la question. C'est à dire que je crois que là, un élément clé de l'expertise de soins primaires c'est de bien en rester au niveau des soins primaires et l'angoisse de bien, de beaucoup de formateurs, c'est de dire : « ... ouais, mais si on me pose une question à laquelle je ne sais pas répondre... » et ben, à ce moment-là, c'est que, en général, cette question dépasse le champ des soins primaires et à ce moment-là, il faut dire, ben, on va demander la réponse à l'expert de soins secondaires. S'il est là, il la donne, s'il n'est pas là, ben, on dit, ben voilà, il y a une question à laquelle on n'a pas de réponse en soins primaires, ça nécessite un recours aux soins secondaires, on vous portera la réponse dans les 24h ou dans les 48h.

*D'accord, alors justement, c'est très bien parce que je vais pouvoir faire la transition. On a dit tout à l'heure de la FPC, c'est qu'on va vers le DPC, vers le Développement Professionnel Continu. Qu'est-ce que vous souhaitez, en tant qu'expert, dans l'évolution de ces pratiques de formations ?*

Alors l'évolution, elle est déjà en marche parce que quand je vous parlais d'ateliers de production en petits groupes et de restitution en grands groupes, on était déjà dans une démarche effectivement d'élaboration des réponses par le groupe lui-même. La plus-value que va apporter le DPC c'est qu'au lieu de partir, comme on le faisait bien souvent dans les groupes de travail, de situations fictives, euh, que les formateurs apportaient aux participants en leur disant, voilà, vous êtes devant Monsieur ou Madame untel qui est, euh, porteur d'un diabète de type deux etc.. Là, dans le DPC, on va partir de l'analyse des pratiques, c'est à dire de situations cliniques apportées par les participants ou recueillies en amont de la formation. Mais on va faire le même travail d'élaboration et de résolution des problèmes, mais au lieu de partir de situations fictives apportées par le formateur, on va partir des situations réelles apportées par les participants et on va être dans le premier, euh, temps du DPC "recueil des pratiques et analyse des pratiques".

*D'accord, donc vous pensez que la position de l'expert, elle change dans ce cas-là ou pas ?*  
Non, parce que justement, euh, ce qu'on dit toujours aux experts, c'est de ne pas intervenir dans les ateliers, d'être éventuellement présents dans les ateliers mais sans intervenir pour ne pas, euh, modifier le travail d'élaboration des groupes et donc l'expert intervient après la phase de production du groupe. Donc dans le DPC, il va faire la même chose sauf que, euh, il va apporter un regard critique sur les résolutions de situations qui sont rencontrées par les, euh, par les participants. Donc il faudra être un peu plus prudent dans les réponses parce que, comme on n'est pas dans une situation fictive, il faudra ménager les susceptibilités éventuelles en disant mais non, mais là, en évitant de dire plutôt : « ... là c'est une grosse connerie que vous avez faite... », voilà, et je pense que le rôle de l'expert reste le même sauf qu'il aura effectivement à être un peu plus prudent dans ses réponses puisqu'elles vont concerner des pratiques réelles des participants.

*Oui, bien sûr, et puis vous ne pensez pas que c'est une évolution aussi du formé, c'est à dire que dans les séminaires de la FPC, ils viennent pour, euh, une thématique et ils ne se sont pas forcément documentés avant et donc ils n'ont pas eu de travail préliminaire alors que quand ils viennent au DPC, ils ont, du coup, un esprit beaucoup plus critique, peut-être même qu'ils ont relu des recommandations. Beaucoup plus, du coup, le champ des compétences est déplacé pour l'expert puisque, lui, à ce moment-là n'a plus ce rôle, euh, purement informatif. Il devient vraiment acteur dans le soin primaire avec une position, euh, différente que dans la FPC ?*

Oui, tout à fait, vous avez raison, là la plus-value de l'expert, elle va être effectivement dans, euh, la contextualisation et la personnalisation des données actuelles de la science comme je disais tout à l'heure. C'est à dire que, euh, il va, on peut supposer, mais on aurait pu le supposer aussi dans la FPC que les recommandations ont été acquises et qu'on ne faisait que voir comment elles pouvaient s'appliquer, euh. On peut espérer que dans le DPC, effectivement, il y aura un travail en amont mais là je, euh, je vais tempérer votre enthousiasme. Je ne suis pas persuadé que dans le DPC, il y ait, en amont, un travail des participants sur les recommandations. Je pense que l'expert aura toujours, quand même, la nécessité de faire une petite mise au point sur (rires) sur les recommandations parce que je ne me fais pas d'illusion, dans les conditions actuelles de travail, je vois mal les participants au DPC, être allés voir dans les recommandations avant parce qu'ils vont se dire : « ... attends, si je fais ça avant, ce n'est pas la peine que j'aie fait du DPC si j'ai fait le travail moi-même... », non, je crois que, par contre, ce qui va changer, c'est effectivement ce que vous disiez. C'est ce travail d'analyse de ma pratique, c'est-à-dire : « ... regardez ce que j'ai fait... ». Je reprends un dossier et je regarde ce que j'ai fait et je me dis : « ... est-ce que j'étais bien conforme aux recommandations ? ... ». Ca oui, ça c'est nouveau, mais de là à ce qu'ils aillent relire la reco, je suis un peu plus sceptique (rires).

*Ben, c'est vrai qu'on a déjà pas beaucoup de temps, alors bon, mais on voit que c'est sur, hein, le DPC, c'est très difficile dans ce cadre-là, hein, euh je pense que le travail....*

Alors dans une des méthodes de DPC qui est le groupe de pairs, c'est ce que font les participants aux groupes de pairs. C'est-à-dire, effectivement, ils amènent une situation

clinique de leur pratique quotidienne, ils en discutent en groupe et s'il y a besoin d'une mise au point, on la fait pour la fois d'après, donc il y a effectivement mais, euh, je pense que l'investissement des médecins qui participent aux groupes de pairs est supérieur à l'investissement moyen des gens qui vont participer au DPC. Le modèle de DPC, probablement le plus performant, ce sont les groupes de pairs, mais je pense qu'il n'y a pas la totalité des participants au DPC ne vont pas s'investir dans des groupes de pairs parce que c'est quand même assez pesant, surtout que les obligations de DPC, ça va être de s'inscrire à une action par an, vraisemblablement. Donc je ne suis pas sûr que tous les médecins se précipitent dans les groupes de pairs, hum.

*On parle beaucoup d'amont mais de l'aval ? Après le séminaire en lui-même, vous, euh, dans le DPC, il y a un suivi normalement, euh, quelle est la place de l'expert dans ce public généraliste ?*

Alors là, c'est là aussi un élément, une plus-value très importante du DPC. C'est de pouvoir analyser avec l'expert les difficultés que j'ai eu à modifier, euh, mes pratiques par rapport aux acquis que j'avais eus dans la formation précédente et ça c'est un travail important parce que, effectivement, ce qui n'existe pas ou peu dans la FPC actuelle, c'est à dire qu'on a beaucoup de mal à analyser l'impact de la formation sur les pratiques et le DPC va permettre, effectivement, d'analyser cet impact. Non pas pour dire : « ...vous avez fait bien ou pas bien... », mais pour dire quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées quand vous avez voulu modifier les pratiques par rapport à ce qu'on avait vu la dernière fois ? Et c'est là que, c'est à mon avis, euh, un moteur de changement. C'est comme avec les patients, c'est à dire si on interroge les patients sur les difficultés qu'ils ont eu à changer et ben on les motive davantage à changer et pour les médecins c'est pareil, si on leur dit : « ...ben voilà, vous avez vu sur la situation qu'on a analysé il y a un mois, on aurait dû avoir une approche un peu différente... ». Est-ce que vous avez réussi à le faire, oui, non ? Si vous n'avez pas réussi qu'est-ce qui a coincé ? C'est ça qui est un facteur de changement.

*D'accord, et vous dans l'aval, est-ce que vous laissez vos coordonnées, par exemple pour être contacté éventuellement en tant qu'expert sur les problématiques que vous avez traitées ou comment l'expert agit après en fait ? Parce qu'on voit très bien avant, on voit très bien pendant ...*

Ben je crois qu'il faut, enfin, il faut privilégier les montages de DPC dans lesquels il y a effectivement une session d'analyse d'impacts prévus, c'est à dire que sur les trois phases du DPC, le recueil des pratiques ça peut être fait en amont et ça je pense qu'on gagne du temps à le faire en amont et les gens arrivent au premier séminaire sur une phase d'analyse des pratiques avec le recueil donc de leurs pratiques. L'analyse de fait, là, avec les comparaisons aux recommandations etc. et on part avec des messages et des moteurs de changement et on fait une journée, euh, à distance, à un mois, deux mois, trois mois pour effectivement avoir en groupe un retour parce que moi je me méfie beaucoup du retour de l'expert tout seul vis à vis d'un participant parce que le fait de donner ses coordonnées, moi je ne le fais pas, parce que ça veut dire qu'effectivement on sort de l'analyse collective des pratiques et on a le risque de tomber dans un avis d'expert. C'est à dire que le participant au téléphone va vous mettre un message en disant, voilà, j'ai rencontré, euh, si vous n'avez pas de réponse, vous allez donner un avis d'expert et ça n'a pas d'intérêt. Un avis d'expert, c'est plutôt l'analyse collective des pratiques qui est intéressante, donc moi, je plaide pour une séance d'analyse d'impacts dans chaque, euh, montage de DPC. C'est pour ça que c'est la limite à mon avis, ça c'est un avis personnel, je ne suis pas, euh, je n'ai pas de validation de cet avis, euh. C'est la limite du DPC sous forme électronique, c'est à dire qu'on peut faire un recueil des pratiques ok, on peut faire même l'analyse des pratiques sous forme électronique, d'accord, mais l'analyse d'impact, moi, je plaide pour une réunion présentielle parce que si on n'a pas cette réunion présentielle, on se prive de l'analyse collective des pratiques et c'est ça qui est un facteur de changement. Je vais prendre un exemple que vous connaissez bien, mais on sait très bien que les weightwatchers, ça marche parce que les gens viennent partager leur difficulté à modifier leur diététique et ben pour les médecins,

c'est pareil, s'il n'y a pas une réunion présentielle qui leur permet d'échanger leurs difficultés à changer, euh, leur modalité de raisonnement clinique, ben, on aura, on se prive d'une possibilité.

*Oui, c'est la base de notre métier aussi d'être face à face.*

Oui.

*Hum, que souhaiteriez-vous maintenant pour l'expert en soins primaires, dans l'avenir ?*

*Dans un avenir sur le plan formation, sur le plan de son évolution, sa place ?*

Alors, en terme de formation, je pense que maintenant la plupart des organismes, euh, je dis bien la plupart, pas la totalité, mais la plupart des opérateurs de FPC avaient compris l'importance de l'expertise en soins primaires. La preuve c'est que l'OGC avait quasiment fait de l'expertise en soins primaires un passage obligé lorsque la formation s'adressait à des médecins généralistes. Donc, ça, je pense que de ce côté-là, euh, c'est acquis dans la mentalité des opérateurs de DPC, à mon avis. Maintenant un pool d'experts, euh, suffisamment, euh, conséquent pour répondre à la demande, euh. Le problème qui reste encore à mon avis, c'est la légitimité de ces experts vis à vis des experts, euh, d'autres disciplines, d'autres spécialités, parce que, malheureusement, il y a encore un certain nombre, euh, de domaines dans lesquels, euh, cette expertise en soins primaires n'est pas reconnue et en particulier, euh, dans les formations qui, malheureusement, existent toujours, assurées par l'industrie pharmaceutique ou, euh, supportées par l'industrie pharmaceutique. Comme je vais en citer une parce que ça m'énerve beaucoup, euh, les séminaires faits par preuves et pratiques, euh, sont expertisés exclusivement par des experts de soins secondaires, voire tertiaires, et je trouve que c'est anormal et donc, euh, au sein de la FPC et du DPC. Maintenant, je pense qu'on est arrivé à une masse critique suffisante mais tout ce qui se fait en formation, et ça concerne malheureusement quand même pas mal de gens pour l'instant encore, euh, notamment supportées par l'industrie, l'expertise en soins primaires n'est pas prise en compte par les opérateurs et ça c'est extrêmement dommageable parce que ça retarde l'acquisition de la légitimité de l'expert en soins primaires.

*Hum, mais, euh, dans la définition de l'expert, normalement, euh, enfin il y a une part qui est liée à la publication, à la reconnaissance par ses pairs. Comment on fait, étant un médecin généraliste, pour se faire reconnaître par ses pairs ?*

Mais, euh, on fait effectivement des publications, des productions qui concernent les soins primaires et c'est ce qu'on encourage chez, euh, les jeunes, euh, chefs de clinique ou même les jeunes internes et chez les enseignants associés, euh, de médecine générale. Mais là, vous tombez mal puisque, là, je suis, euh, un peu, euh, je ne suis pas forcément, euh, suivi par tout le monde mais je suis un ayatollah de la publication en médecine générale et je peste tous les ans parce qu'il y a un certain nombre de dossiers d'enseignants associés de médecine générale qui n'ont que une ou deux publications et je trouve que c'est indécent. On ne peut pas être universitaire, c'est comme ça, c'est le standard, voilà, on accepte ou on n'accepte pas mais c'est un standard universitaire, pas que médical dans toutes les disciplines, ben, il faut se plier à ça et ça je suis d'accord, je tiens tout à fait votre, euh, option là-dessus, la reconnaissance, elle passe par publication mais ce qu'il y a, c'est que c'est beaucoup plus facile.

*Je pense, pour un universitaire qui a un temps dédié dans son travail, à faire de la publication et de la recherche pour, euh, la formation type plus libérale, entre guillemets, hein. Donc, pour tout ce qui est OGC justement, on a affaire normalement à des experts qui ne sont pas forcément liés aux enseignants ou à l'université et donc du coup, pour eux, c'est peut-être plus dur de publier ?*

Oui, mais je pense que si vous regardez ce qui se passe dans la plupart des spécialités, l'expertise, elle, est souvent assurée par les universitaires de la spécialité. C'est sûr et je crois qu'il faut aller vers ça pour l'instant, euh, moi je laisse toute latitude aux opérateurs de FPC ou de DPC, euh, de faire de l'animation de l'organisation etc..Mais effectivement, l'expertise de ces séminaires là, elle doit faire référence à des universitaires de la discipline puisque comme vous le dites, eux qui ont la charge et l'obligation de construire le

thésaurus, le contenu même de la discipline. Donc, euh, évidemment un formateur de FPC, ben il est là pour faire de la formation mais pas pour faire du contenu, alors avec, quand même, là, par rapport à la, euh, formation continue, vous avez raison d'évoquer aussi cet élément là puisque, moi, je passe beaucoup de temps à expliquer, par exemple, aux enseignants associés qu'ils feraient mieux de faire un séminaire de FPC de moins et de passer ce week-end là à écrire un article parce que sur leur épreuve de titres et travaux et ben ça serait plus utile que d'avoir, comme on le voit parfois, une liste de "j'ai participé" ou "j'ai organisé", euh, 26 séminaires de FPC, « ...ouais, d'accord, très bien, mais t'as publié quoi ?... », « ... Ben, pas grand-chose... », donc il faut trouver un équilibre entre les deux, c'est bien de faire de la FPC mais il faut aussi produire parce que c'est quand même le standard universitaire.

*Je vous remercie, ça a été très intéressant (rires). Je vous remercie de m'avoir accordé un peu de votre temps.*

### Entretien MG3

Je te propose de commencer.

*Je t'ai présenté mon projet tout à l'heure, peux-tu me présenter un peu ton parcours professionnel et tes interactions avec l'extérieur ?*

Mon parcours professionnel, écoute, je suis installé comme médecin généraliste depuis 1974 toujours au même endroit à S., un bourg semi-rural. Je suis médecin généraliste, toujours en exercice, à mi-temps, avec des implications professionnelles dans la formation médicale continue grâce à l'unaformec. J'ai fait un cursus de formation à l'animation à Rion, à l'école de formation d'animateurs de l'unaformec, Agora, Evreux voilà tout le cursus animateur. Ce qui m'a amené à la fédération départementale de formation continue de L. J'ai fait partie du conseil de l'ordre pendant trois ans et une petite implication syndicale courte. Petit à petit on est arrivé à l'époque de l'ANDEME, à l'époque de l'ANAES où j'ai pris une fonction régionale qui s'est transformée avec la mutation de l'ANAES en HAS en une fonction de responsabilité régionale avec un binôme hospitalier, avec la mise en place de l'EPP 99, formation des médecins habilités. Voilà j'ai eu une casquette hospitalière à l'hôpital local pendant 6 ans à mi-temps. J'ai été maître de stage.

*Au niveau de ta patientèle, elle est de quelle nature ?*

J'ai une patientèle plutôt âgée, plus de 50 ans en majorité et puis aujourd'hui ma pratique fait que je gère surtout de la pathologie chronique avec peu d'aigus.

*Que représente pour toi l'expertise en soins primaires ?*

L'expertise en soins primaires ça représente l'aboutissement quand même de tout ça, heu. On est plus facilement expert généraliste quand on a parcouru un certain nombre d'étapes telles que je les ai décrites. L'expertise en soins primaires, elle est complexe, elle n'est pas basée uniquement sur les connaissances, sur les données dures de la science. On doit utiliser ces connaissances-là mais si on en reste là, on se retrouve sur le terrain de l'expertise spécialiste donc on peut avoir une écoute critique ou une lecture critique de l'expertise spécialiste mais il ne faut pas rester là-dessus. L'expertise généraliste, elle est dans d'autres domaines. Notre expertise, nous, c'est la décision médicale qui est prise avec un patient lambda et je crois que cet aspect de la décision médicale, je crois qu'il n'y a aucun spécialiste qui a cette capacité de replacer les connaissances dans l'utilité pour le patient, dans l'association du patient à la décision médicale, dans l'implication du patient, dans le rapport bénéfice/risque, voilà. Donc on est un petit peu avec cette vision globale qui dépasse largement les données dures de la science.

*T'es-tu formé à l'expertise ?*

Non je ne me suis pas formé à l'expertise j'ai fait un séminaire, euh, à l'expertise généraliste à l'UNAFORMEC. J'ai dû en faire un, 2 jours peut être, un deuxième je ne sais pas, mais j'ai fait pas mal d'autres formations sur la recherche documentaire, sur la lecture critique de l'information médicale, voilà.

*Ces thématiques ne rentrent pas dans l'expertise ?*

Si, c'est évident, un généraliste doit avoir des notions de lecture critique de l'information médicale, ce qui n'est pas toujours le cas, même de la part des spécialistes ou qui recrachent quand même un certain nombre de données brutes sans avoir analysé de façon très critique les données des études et tout ça. On a, nous, dans notre rôle d'expert et dans le rôle de la décision médicale, nous avons affaire à des patients qui ne sont pas les patients des études à partir desquelles on sort des recommandations. On a des patients qui ne sont pas concernés par ce truc là parce qu'ils sont plus vieux ou polyopathologiques. Les patients des études, ce ne sont pas ceux-là. C'est un aspect très important à prendre en compte dans l'expertise bien sûr ! Et la recherche documentaire également, bien évidemment, pour avoir accès un petit peu à une vision scientifique actuelle il faut aussi la chercher, c'est un aspect important mais peut-être pas le plus important.

*Les formations auxquelles tu assistais, c'est qui, qui les dispensait ?*

Essentiellement UNAFORMEC, la SFDRMG ainsi que la HAS mais c'est essentiellement

à l'UNAFORMEC que j'ai pu avoir des notions plus concrètes de ces notions-là. Entre autres pour l'expertise.

*A combien de séminaires as-tu à peu près participé en tant qu'expert ?*

Il faudrait que je reprenne les choses, moi j'étais sur la migraine sur la polyarthrite rhumatoïde, sur la dépression environ 6-7 séminaires depuis 3-4 ans. Entre 5 et 10, allez, essentiellement médicaux sauf le dernier que j'ai fait sur la gestion des risques et l'erreur médicale. C'était très bien, un domaine où il y a beaucoup d'expertises.

*Je n'en doute pas (rires).*

*En choisissant parmi tes séminaires, comment tu construisais ton expertise avant la participation aux séminaires ?*

Je n'avais pas une construction très élaborée, je me laisse guider, je construis mon expertise essentiellement. Je m'applique sur les données dures de la science, c'est-à-dire que je m'implique dans le thème et je laisse le soin à ma spontanéité, mon imagination et à mon vécu professionnel le soin de faire le reste, voilà. Donc, que je suis plus sur la recherche bibliographique, sur la lecture critique de la bibliographie du séminaire, sur le bénéfice/risque. Toute la partie patient, éducation patient, implication patient et après, c'est le naturel qui ressort, voilà, donc ma préparation est plus là-dessus.

*Ça te prend à peu près combien de temps ?*

Oh de moins en moins de temps. Si tu veux ce sont des séminaires où tu as accepté d'être expert généraliste. Tu as en général quelques mois avant donc ça reste un travail ponctuel, épisodique soit à peu près l'équivalent de quatre demi-journées, à la louche, hein, peut-être un peu plus ou un peu moins.

*Quand tu es intervenu en tant qu'expert, étais-tu accompagné d'experts spécialistes ?*

J'ai toujours été accompagné d'un expert spécialiste. L'expertise généraliste, elle est intéressante quand elle est complémentaire de l'expertise spécialiste.

*Il y a parfois des situations de désaccord ? Comment t'es-tu positionné ?*

Ça arrive de temps en temps, parfois tu es obligé de te positionner en prenant le pouvoir, entre autres, en disant que tu n'es pas d'accord.

*Sur quoi tu te bases par rapport aux participants ?*

Parce qu'eux aussi, en général, ne sont pas d'accord. On leur demande à la limite de faire des choses, on leur demande de prescrire des choses, on leur donne une attitude, si tu veux, de conduites pratiques qui semblent très loin de la pertinence de la médecine générale et qui est complètement à côté de la réalité, en tant que pertinence, en tant que risque, en tant que coût, en tant qu'effets secondaires. Tu sens, c'est un séminaire de médecins généralistes, tu sais bien qu'en disant ça tu vas froisser personne, au contraire tu soulages même un certain nombre de gens en intervenant et en disant là : « ... ce que vous nous proposez, nous médecins généralistes, on n'a pas l'impression qu'on va rendre service à nos patients... », pour qui, pour quoi, voilà, mais de temps en temps, il faut, c'est pas une fonction statique si tu veux, c'est de temps en temps une fonction dynamique en terme de prise de parole car souvent quand on est dans ce type de situation là on a affaire à des médecins spécialistes qui sont très loin de notre exercice, qui n'ont pas vraiment d'idée de ce que c'est qu'un patient en soin primaire et tous les problèmes que ça peut poser. Et très souvent tu rends aussi service à l'expert spécialiste car ça donne l'occasion de discuter et on est arrivé à avoir des échanges très riches qui ont permis de déboucher sur des recommandations ou des conduites proposées aux participants qui sont totalement différentes de celles proposées au départ.

*Quand tu vas à l'encontre de ton collègue spécialiste, sur quel argumentaire te bases-tu ?*

Euh, je me base sur un argumentaire. Si tu veux, d'une part au niveau des études sur lesquelles repose son argumentation qui sont basées souvent sur des données très parcellaires et discutables. C'est déjà la première chose car si c'est sur du béton, tu n'auras pas grand-chose à dire mais sur des choses qui sont utilisées peut-être en médecine spécialisée avec les objectifs de recherche mais voilà, ce sont souvent des spécialistes libéraux d'organes qui restent très imprégnés de tout ce qui se passe dans leur spécialité au

niveau hospitalier et qui calquent un petit peu ce type de démarches qui sont faites à l'hôpital et qui peuvent être justifiées dans ce cadre-là, sur leur pratique à eux, en tant que libéraux et quand ils interviennent et qui le pratiquent même et qui n'ont pas forcément réfléchi à ce que ça représentait, à ce que ça apportait au patient. On pense que c'est la bonne pratique pour l'ensemble des patients. Donc, si tu veux, il faut d'abord argumenter sur le plan de la validité des données sur lesquelles reposent ces choses-là d'où l'intérêt quand même d'avoir fait une préparation essentiellement sur les données scientifiques utilisées et d'avoir eu une lecture critique au niveau de toutes ces données. Après, il faut replacer ça en terme de coût/bénéfice, de bénéfice/risque et de l'implication du patient dans cette prise en charge. Est-ce qu'on informe le patient du pour qui, du pourquoi ? On lui demande tel ou tel examen complémentaire, voilà. C'est sous cet angle là qu'il faut intervenir, si tu dis « ...moi je fais ça dans ma pratique... » sans autre argument ... ça n'a aucun intérêt.

*Alors tu t'es déjà en partie positionné, mais alors, du coup, tu te positionnes comment entre les participants qui sont des collègues généralistes et les experts auxquels tu es associé ?*

Ah ben là, quand on intervient comme ça, on est dans un rôle d'expert, c'est-à-dire qu'on intervient et que ton interlocuteur principal c'est d'abord l'expert spécialiste. Après, c'est souvent en plénière dans les systèmes de FPC. Dans les ateliers, les experts sont passifs, ils n'interviennent pas, donc ça se passe en plénière. Donc, après, c'est à toi de lancer le débat en passant la parole aux participants, il faut sortir du débat d'experts si tu veux, il faut passer la parole aux gens en leur demandant : « ...vous dans votre pratique qu'est-ce que vous faites ? Est-ce que ce sont des choses qui vous semblent utiles pour le patient ? Est-ce qu'il y a déjà des gens qui pratiquent déjà comme ça ?... ». Dans l'ostéoporose, par exemple, j'étais expert généraliste avec un rhumatologue. Quand tu rediscutes avec la salle, si tu veux, automatiquement, tu as des confrères qui cautionnent en disant que de toute façon ils ne faisaient jamais ça. Ils ne voient pas très bien pourquoi, si tu veux, il faut argumenter mais le débat se fait aussi un petit peu avec les participants. C'est assez protocolé puisque l'intervention de l'expert se fait avec un support visuel ,diaporama ou autre, donc tu ne peux pas attendre la fin de la présentation de l'expert pour intervenir. Tu intervies ponctuellement sur des données qui sont présentées. On est dans un exposé débat et c'est à toi de lancer le débat à partir de quelque chose qui peut, peut-être, être soumis à discussion.

*Ça arrive souvent cette interaction ?*

Non, non, ça n'arrive pas souvent.

*Est-ce qu'au niveau du travail préparatoire, est ce que vous échangez, ce qui vous permet de régler des situations ?*

Oui, oui on avait fait une soirée de préparation avec cet intervenant spécialiste et déjà je ne le sentais pas bien. Je sentais que ça allait être, ça n'allait pas être facile et je pense que c'est la première fois qu'il se trouvait dans un séminaire avec un expert généraliste et déjà, si tu veux, il y avait un vécu assez négatif de.. Une perception assez négative de l'expertise généraliste, voilà. Je pense qu'il devait avoir des représentations un petit peu particulières et fausses. Donc j'ai bien vu qu'on a eu du mal à discuter lors de cette soirée de préparation. Lors d'une soirée préparation tu ne peux pas occulter l'organisation du séminaire, sur un débat d'expertises, au moment d'une soirée de préparation. J'avais bien vu qu'on avait, enfin, qu'il avait une perception de la pertinence en médecine générale assez lointaine ... de la mienne.

*Et le retentissement sur les participants ?*

Ça a été très positif, d'accord ? Très positif, tout le monde été ravi cette... de cette discussion parce qu'on est ressorti quand même avec une prescription d'un bilan de surveillance, d'une conduite à tenir au niveau de la prise en charge, totalement différente de celle qui avait été proposée au départ. Complètement différente.

*Hum, du coup ton temps d'échange par rapport aux spécialistes, experts spécialistes, il est équivalent ? Il est moindre ?*

Pardon je n'ai pas compris.

*Ta participation au sein du séminaire, ton temps de parole, ton temps de participation, il est équivalent ?*

C'est très variable en fonction du séminaire, elle est moins balisée, elle est moins identifiée que celle de l'expert spécialiste. Sur un thème scientifique, clinique, elle est moins balisée. On a plus une participation quand on intervient dans un domaine d'intervention sur la décision médicale sur le patient sur le, voilà, ... mais, euh, il ne faut pas en rester là quoi. Je pense que l'expert généraliste il n'est pas là pour intervenir un quart d'heure sur l'épidémiologie, un quart d'heure sur la décision médicale ou l'éducation thérapeutique, voilà, ce n'est pas ça l'expertise généraliste. On n'a pas besoin d'être expert généraliste pour faire ça, pour faire 10 diapos sur l'épidémiologie ou sur le, voilà. Il n'y a pas besoin de faire ça ... voilà, donc il faut ... mais ça c'est variable. J'ai fait des séminaires avec des confrères spécialistes où je n'ai pu à la limite qu'argumenter en plus, de façon complètement consensuelle si tu veux, avec son intervention et ça arrive quand même relativement souvent, mais il faut aussi argumenter. Il faut aussi dire à ce moment-là, en médecine générale, que c'est important, ouai, c'est important, donc il y a, il ne faut pas rester sans ... à ce moment-là. Il faut cautionner, il faut argumenter, il faut que si tu veux, il faut qu'il y ait toujours cette transversalité médecine générale/médecine spécialisée. Même spécialisée, même s'il n'y a pas de choses particulières à dire, je crois qu'il faut toujours ramener à notre exercice sur le patient, sur les risques, sur l'utilité, voilà.

*D'accord, très bien, du coup on a parlé de DPC, on sait la FPC va tendre à disparaître et plutôt évoluer vers un DPC, un Développement Professionnel Continu et l'approche est un peu différente puisque un travail en amont, pendant et en aval, avec une interaction beaucoup plus importante au niveau des participants, donc avec une demande qui est différente. Comment tu positionnerais le rôle futur de l'expert généraliste et comment tu le vois intervenir en amont et en aval ?*

On change quand même un petit peu de paradigme parce qu'en DPC on se retrouve, alors ça dépend, si on est dans une DPC virtuelle ou présentielle, mais on est vraiment dans une démarche de réflexion ou dans un groupe. Moi je vois mal l'expertise spécialiste dans le DPC.

*Pourquoi ?*

Parce que l'expertise spécialiste au sein d'une démarche réflexive en groupe, l'expertise spécialiste c'est quoi ? Ce sont les données de la science concernant un thème. Je crois que c'est au groupe lui-même d'aller chercher cette démarche, enfin ces données scientifiques. Le DPC, c'est un temps de six mois /neuf mois qui doit être propice justement à aller regarder un peu ce que sont les données, un petit peu de la science concernant le thème de l'action de DPC. Je ne vois pas très bien ce qu'un spécialiste apporterait ou alors, à ce moment-là, il faut intégrer un spécialiste dans la démarche réflexive du groupe et faire éventuellement un DPC avec d'autres spécialistes du thème, pourquoi pas ? Mais on est dans une, on est dans un groupe qui réfléchit, à ce moment-là, à sa pratique qui se pose des questions et qui en fonction des problèmes posés, des questions posées, va chercher les réponses dans l'expertise du groupe parce qu'un groupe, il a une certaine expertise, après il faut aller vérifier si c'est la bonne. L'échange avec des spécialistes, à partir éventuellement de leurs propres questions et de leurs propres problèmes, peut être sûrement intéressant. On est dans un autre domaine d'expertise, je ne vois pas, je ne vois pas tout à fait la même chose DPC, FPC en tant ... alors. L'expertise généraliste, on est plus dans une démarche d'accompagnement du groupe que dans un ... d'un accompagnement dans sa réflexion, dans l'identification des problèmes, dans la recherche de la documentation, dans la validation éventuellement des documents, dans la lecture critique des données de la sciences et voilà mais on est dans un domaine un petit peu différent. Le DPC pour moi c'est, il y a vraiment une réflexion dans le temps et non plus sur une séquence d'une heure ou une heure et demi où on a un spécialiste qui vient dire, voilà. Quitte à avoir une vision généraliste à ce qui est dit, mais là c'est différent, moi je le conçois comme ça.

*Tu as parlé d'expertise de groupe est-ce que tu penses que l'expertise généraliste justement ce n'est plus liée à un individu mais serait plutôt liée à un groupe ? Est-ce que tu ne penses pas que ça se rapproche un peu plus d'un consensus expert ? Et du coup tu dirais que tous les médecins généralistes participants sont quelque part experts.*

Non, ce n'est pas ça, si on en reste là, non, le groupe a une certaine expertise, voilà. Après si tu veux, si tu en restes là en disant, ben voilà, nous on fait comme ça, on est dans un consensus expert et avec un consensus expert avec le niveau de preuves que ça représente ce n'est pas le tip-top dans la qualité.

*Nous sommes d'accord.*

Tu me rassures, donc si tu ne vas pas plus loin que ça, le seul intérêt c'est que les ... qu'on peut avoir sur ce type de consensus, comme ça, et ça a été prouvé, c'est que les pratiques extrêmes dans un groupe, les pratiques extrêmes ... avec le temps se rapprochent de la moyenne .voilà. Voilà, ça, ça été prouvé et je le vois bien dans les groupes qualité. Les pratiques extrêmes, même si tu ne vas pas tellement plus loin pour vérifier tout ça, clac, tu vois le groupe qui se resserre sur une pratique homogène, alors ce n'est peut-être pas la bonne pratique. Là après, il y a tout un travail d'aller confronter un petit peu son ... ce que l'on pense être notre expertise, entre guillemets, aux données de la science et à la réalité, un petit peu, si tu veux la justification de telle ou telle chose en fonction des données actuelles de la science. Il faut, il y a ce travail d'aller-retour en permanence mais tu ne peux le faire qu'à partir du moment où il y a eu ce débat, cette réflexion à partir de sa pratique que tu as formulé, les problèmes ou les questions qui se posent. Formuler, ce n'est pas toujours évident de demander aux gens qui te racontent leurs difficultés, leur problèmes et tout ça, de leur faire formuler en deux lignes la question qu'ils se posent. Là, il y a un travail intéressant et c'est là où il y a un rôle d'accompagnement dans cette démarche, là est l'expertise généraliste dans ce type de démarche de réflexion en groupe. Il n'est pas là pour amener d'emblée, si tu veux, sa propre réflexion qui est un petit peu plus élaborée, qui est un petit peu plus basée sur une lecture critique et tout ça. Il est dans le rôle d'accompagner les gens à aller chercher, si tu veux, cette chose là, mais ce n'est pas tout à fait pareil pour un expert DPC, l'expertise spécialiste je ne sais pas. Je ne sais pas.

*Qu'est-ce que tu souhaiterais, toi, pour l'expert, les futurs experts généralistes dans leur façon, je ne sais pas, de se former, de pratiquer, de se positionner ?*

Ce que je souhaiterais, je crois que c'est difficile, si tu veux, que ce n'est pas en faisant un séminaire à l'expertise généraliste que tu acquiers forcément, je crois, que c'est une curiosité un cheminement qui est important, c'est de bien définir les objectifs de l'expertise généraliste, si tu veux, voilà. Il faut écrire les objectifs de l'expertise généraliste, on est dans le domaine de la décision médicale, on a le patient qui est important dans cette décision, dans son implication, on a toute la partie gestion des risques, toute la partie du coût, du coût/bénéfice, du bénéfice/coût. Il y a tout un domaine, une partie aussi organisationnelle, on a souvent plus de pistes d'amélioration ... en dehors des connaissances brutes. Ce n'est pas le tout de savoir, il faut savoir le faire, c'est à dire qu'on s'améliore plus en travaillant sur comment on le fait qu'en connaissant exactement ce ... voilà. Comment on le fait, ça veut dire avec qui avec quel secrétariat, avec quel logiciel, avec quel cabinet médical, avec quel spécialiste, avec quelle infirmière, il y a toute cette partie là, si tu veux, et qui est vachement importante.

*D'accord, on a presque fini, il y a une notion dans l'expertise généraliste qui est communément admise, c'est la reconnaissance par ses pairs.*

A bah, ça me semble capital, pas que par ses pairs.

*Oui.*

La reconnaissance par ses pairs, oui elle est...

*Alors en médecine générale, tu la vois comment ?*

Elle est plus intuitive, elle est plus subjective et elle se construit, je pense. Je pense qu'il faut être en exercice, le jour où je n'exercerai plus je ne ferai plus d'expertise généraliste, il faut être en exercice. Il faut quand même avoir un certain niveau de, je ne veux pas dire

d'expertise, de pratique de ce type de formation, ça ne s'improvise pas du jour au lendemain. Je crois qu'il faut avoir usé ses pantalons en tant qu'animateur, en tant qu'organisateur éventuellement, en tant que participant voilà. Donc il faut être sorti un petit peu de son cabinet médical, donc avoir été quand même ... connu ou reconnu. Pour moi les pairs, c'est ça un petit peu, si tu veux, par contre, la reconnaissance par ses pairs, oui, mais la reconnaissance surtout par les institutions, par les structures, ce qui veut dire qu'un expert généraliste égale un expert spécialiste en terme d'indemnités, voilà, de reconnaissance par la structure de formation par ... voilà. Je crois qu'il y a aussi une reconnaissance sociétale qui est importante.

*Administrative ?*

Administrative, qui est capitale, ah oui, de toute façon il n'y a pas de, on ne peut pas travailler sur ce type d'enjeu s'il n'y a pas la reconnaissance, bah, je dirais administrative, oui, des structures, mais pas forcément que les structures de formation, ce sont les structures de gestion de la formation, au niveau national et tout ça, au niveau des instances, bon, de toutes les sociétés savantes de médecine générale.

*D'accord bah écoute je te remercie.*

Je t'en prie.

## Entretien MG4

CB : *bonjour docteur A.*

MG4 : *bonjour Cédric, il y a des gens qui travaillent autour de moi, je vais peut-être me mettre dans un endroit plus calme, d'accord ?*

*Ok, alors je vous propose de commencer. D'abord je voulais vous demander si ça ne vous dérange pas que j'enregistre notre entretien ?*

D'accord, aucun problème, filmer même (rires).

*Non je ne vous filmerai pas mais d'accord.*

Pour le non-verbal des fois ça peut être intéressant.

*Pour commencer j'aimerais que vous vous présentiez sur le plan professionnel.*

Oui

*Comment vous exercez, quel type de médecine générale vous exercez et puis ce que vous faites en dehors du cabinet sur le plan de la médecine, hein ?*

D'accord, okay, alors je suis installée depuis 1989 dans un cabinet de groupe où on est actuellement 6 médecins généralistes, heu, trois infirmières et une orthophoniste.

*D'accord... ah... des internes, de niveau un, un interne SASPAS et je partage un externe avec deux de mes autres associés. D'accord.* Et par ailleurs je travaille au département de médecine générale comme professeur associé.

*Ok, oui, ça au niveau du cabinet, vous travaillez combien de jours par semaine ?*

Au cabinet, du coup, alors, c'est variable justement, ça dépend des fameux séminaires.

Donc, en théorie, je travaille le lundi toute la journée, le mardi après-midi, le mercredi matin et le vendredi toute la journée, donc ça fait heu ...

*Trois jours et demi.*

Trois jours pleins. Ah oui, plus le samedi matin, mais les séminaires étant souvent le vendredi ou le samedi, ça dépend des semaines, en fait, bon, c'est variable.

*D'accord. Au niveau du mode d'exercice vous avez une patientèle diversifiée et/ou vous avez une orientation sur le plan pratique ?*

Une patientèle diversifiée, heu, je vois peut-être un peu plus de femmes et d'enfants mais, heu, c'est classique, étant femme médecin généraliste. En montant le cabinet, pendant longtemps nous étions cinq, j'ai été la seule femme pendant une dizaine d'années, donc il faudrait que j'arrive, à tendance, à avoir un recul.

*Vous avez fait une sélection naturelle.*

Voilà, tout à fait.

*Vous m'avez dit que vous étiez maître de stage, en dehors de votre statut de professeur associé au département de médecine générale, vous participez à une association, un syndicat ?*

Alors je suis membre du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), au collège académique et aussi j'ai plein de casquettes, hein. Voilà, j'affiche mes conflits d'intérêts, je suis aussi membre de la partie formation du CNGE. En fait je travaille au département formation du CNGE depuis maintenant un petit peu plus de cinq/six ans sachant que je me suis occupée d'évaluations qu'ont les séminaires du CNGE formation et donc je suis aussi adhérente au SNEMJ, syndicat de médecins généralistes.

*D'accord, bon on va rentrer dans le vif du sujet, c'était un peu pour vous cerner, pour vous, que représente l'expertise en soins primaires ?*

(rire)Ouh là (rire)...

*Comment vous la définiriez ? Comment on doit être quand on est expert, ce qu'on doit être, ce genre de questions... ?*

Alors l'expertise ou l'expert ?

*Alors, c'est d'abord l'expert, c'est vraiment la personne qui agit.*

La personne, heu, la personne, heu, donc l'expert heu. Donc, j'ai plusieurs types d'experts, je vais les décrire d'abord, c'est peut-être plus facile pour avancer. Donc, en fait, j'ai fait de l'expertise en formation médicale continue dans l'ensemble des domaines à la fois

biomédicaux, enfin, et sur les domaines pédagogiques et heu. Donc, ça ce sont des séminaires de un ou deux jours et puis j'ai fait aussi en soirée sur des thématiques comme la vaccination qui m'ont paru, heu, aller vers un public un petit peu moins habitué aux séminaires de 2 jours. Donc des gens qui avaient moins l'habitude d'avoir affaire à des experts généralistes, hein, donc pas pour trouver un discours particulier mais pour partager une expérience. Et donc, en essayant la redite, je pense que ça peu apprendre des choses intéressantes et puis j'ai fait l'expertise comme beaucoup de médecins généralistes à la Haute Autorité de Santé, donc, et là je fais partie d'une commission de cinquante experts généralistes, alors maintenant c'est l'ANFM, l'ancienne AFSSAPS. Donc depuis 2004, je fais partie d'une commission dans sur les conditions de délivrance et du secret médical. *D'accord.* Alors là, heu, du coup, ça donne plusieurs axes, enfin à mon avis, il y a plusieurs choses différentes. Je pense que ça dépend du public à qui on s'adresse et donc quand on est expert médecin généraliste, vis à vis de ses pairs, qu'est ce qui est important ? Que les gens vous identifient comme un de leurs pairs, ça me paraît important quand on veut, heu, parler de médecine générale alors, heu, pendant longtemps, heu, les, la formation des médecins généralistes a reposé sur la bonne parole des autres spécialistes. Je pense que maintenant les médecins généralistes ont identifié que, heu, c'était bien que cette parole vienne de gens qui avaient la même pratique qu'eux. Je pense que ça me paraît une notion importante et c'est vrai que c'est MGform qui m'a donné la première possibilité : les thématiques gynécologiques, parce qu'ils avaient identifié que, voilà, j'avais des compétences sur la question, donc, heu, mes premiers séminaires ça a été là-dessus. Ça n'a pas été forcément facile parce que, bon, je travaillais avec un gynécologue, la difficulté ce n'était pas de travailler avec le gynécologue, c'était de bien identifier ce que je pouvais apporter de plus. *D'accord.* Mais, sauf que ce n'était pas forcément quelque chose d'évident au premier abord. Qu'est-ce qui fait que moi, en tant que médecin généraliste, avec mes compétences parce que j'ai lu sur la question, j'ai un certain nombre de connaissances, de compétences parce que je les ai expérimentées. Qu'est-ce que je vais pouvoir apporter de plus, heu, pour mes collègues en tant qu'expert. Donc, euh, ça c'était quelque chose d'important. Après, pour les souvenirs que j'en ai, c'était pareil pour les soirées vaccin, c'est que les gens c'est la surprise, hein, de mes collègues au premier abord et une certaine fierté. Les autres médecins généralistes, ils étaient « ...ah oui, il y a des médecins généralistes qui peuvent devenir expert... » et pour eux, par le regard de ses collègues, je trouvais ça absolument intéressant et fabuleux, une reconnaissance de ses pairs, de dire qu'un médecin généraliste pouvait être aussi un expert. C'est une expérience, heu, intéressante et surtout, voilà, par ces médecins généralistes qui avaient eu recours à la formation médicale continue. Je me souviens que même certains avaient été surpris de la façon dont je pouvais m'exprimer en public, me déplacer, avoir une certaine aisance par rapport à d'autres experts, d'autres spécialités qui avaient un discours figé. Alors, j'aurais pu dire que j'avais fait des formations en communication, appris à respecter, heu, à la fois sur le contenu, à la fois sur l'expérience, que je pouvais apporter et à la fois sur la facilité à communiquer. Je dirais que la validité des pairs c'est une chose que j'ai identifiée comme étant, comme étant, heu, importante, là. Par rapport aux autres volets de l'expertise dans une agence, je dirais gouvernementale, heu, ça c'est encore autre chose, enfin, déjà je pense que ça dépend beaucoup de la personne qui gère les groupes, heu, le fait qu'on te donne la parole, heu, que la parole du médecin généraliste soit entendue et reconnue, enfin ça ce n'est pas forcément évident, heu. Moi j'ai beaucoup de chance à l'agence de médicament, les gens qui gèrent le groupe, c'est un infectiologue et puis quelqu'un au sein de l'agence, ils nous accordent beaucoup d'importance à ce qu'on dit et donc c'est ultra valorisant le fait que nos paroles soient identifiées comme étant importantes et comme reconnues. Donc, heu, j'ai vécu d'autres groupes de travail, heu, au sein de la haute autorité de santé où ce n'était pas le cas. Dès qu'on faisait un groupe de lecture, on avait l'impression que ce qu'on disait n'était pas pris en compte et, heu, laissé un petit peu de côté et pas... *D'accord.* Ça va ? Je ne sais pas si j'ai répondu aux questions.

*Oui, oui, vous répondez parfaitement à la question, vous parliez justement des compétences qui ont été identifiées quand on vous a demandé de faire des séminaires.*

Oui.

*C'était quoi ces compétences qui avaient été reconnues et comment elles l'avaient été ?*

*(rire)*

Ah, ce n'est pas évident, heu, oui ça correspond peut-être à des domaines, enfin la médecine générale étant tellement vaste, tous on développe certaines habiletés, certaines connaissances, heu, alors moi, ça été, heu, essentiellement par la formation médicale initiale. Je veux dire, par exemple, heu, à la fac j'avais travaillé sur un enseignement sur la santé de la femme donc finalement ça se sait, j'avais développé un atelier pratique pour les frottis, heu, en médecine générale avec l'histoire des mannequins. C'est pour ça, les gens de Mgform, ils en avaient eu connaissance, c'est un coup de pouce, hein, d'accord ? Donc la première, c'était sur tout ça, c'était sur les formations que j'avais pu développer au sein de l'université. En fait, c'était surtout par rapport à ça que ça avait été identifié puis par rapport finalement aux petites spécialités qu'on développe dans sa pratique, aux caractéristiques de sa patientèle, on va travailler un peu plus sur certains domaines.

*Je suppose que dans le cadre du département de médecine générale vous publiez ? Ou est-ce qu'à l'époque déjà quand vous avez commencé, vous publiez ou pas du tout ?*

Je ne me souviens pas (rires), c'est une bonne question que vous avez (rires), justement c'est une bonne question, heu, les premiers articles, heu, oui, publier des choses, heu, j'ai publié dans Exercer, j'ai publié dans la Revue du praticien de médecine générale. J'aurais effectivement publié, en particulier, sur la consultation pré-nuptiale, donc, effectivement, c'était dans ce domaine de compétence. Je n'arrive pas à savoir si c'était déjà à ce moment là ou pas, honnêtement, heu, c'est à peu près contemporain, hein, je pense.

*Est-ce que vous formez à l'expertise, si oui, de quelle manière vous le faites ?*

Alors la formation à l'expertise, oui, j'ai fait des séminaires, heu, j'ai fait des séminaires dans le cadre du CNGE formation sur la communication comme je le disais tout à l'heure. Un séminaire qui m'a beaucoup servi, ça date de ce qu'on a appelé l'école du CNGE, donc ça ca date d'au moins dix ou douze ans, même peut-être davantage. Où en fait on travaillait essentiellement sur la communication donc on était filmé sur une présentation, on devait simplement se présenter, voilà, je m'appelle untel, bon c'est terrifiant ça, hein, alors on est un peu affligé de se voir après en vidéo et après on devait faire une présentation avec un diaporama, heu, à ses collègues. C'est pareil, donc ça arrive, c'est drôle parce que j'en parle encore avec d'autres collègues enseignantes. Je devais vendre des pommes et apparemment j'avais été très convaincante, oui, d'accord (rire), donc j'avais beaucoup de clients pour m'acheter des pommes et j'avais fait un séminaire aussi, heu, oui, sur l'expertise avec CNGE formation.

*Et au jour d'aujourd'hui, vous faites encore des séminaires, vous formez encore ?*

Alors c'est compliqué parce qu'en fait, quand on a une posture d'expert, on a du mal à refaire des séminaires pour soi en tant que participant, donc, heu, mais bon, je dirais que l'expertise c'est un bon moyen de se former parce que quand on est expert, heu, on est obligé de continuer, ben à lire ou à ... je dirais que c'est de l'auto-formation, non ?

*Ah mais oui, tout à fait.*

C'est vrai que sur les soirées formation à la vaccination que j'avais faite, ça commence à dater, ça fait bien quatre à cinq ans, heu, c'est vrai, je voilà je, j'avais lu énormément de choses sur la vaccination à l'époque et ça me sert toujours. C'est vrai que j'ai développé un autre domaine de compétence grâce à ces soirées sur la vaccination. En plus j'avais fait partie du comité de pilotage et on avait travaillé sur le contenu, donc c'est encore plus ....

*Heu, donc vous étiez auteur aussi.*

Oui, oui, tout à fait, et donc je suis, comment on dit, chef de projet pour un certain nombre de séminaires. Ca c'est encore plus de contraintes de travail sur le contenu, sur le diaporama, forcément, obligé toujours d'être en recherche, faire une mise à jour de la bibliographie. Ça altère sa formation mais quelquefois, je le regrette, de ne pas aller à des

séminaires uniquement en tant que participante, c'est difficile, hein, de, heu, trouver un juste milieu. C'est ça le problème, il faut être de temps en temps au cabinet sinon, heu, les patients iront voir ailleurs et c'est difficile de trouver le juste milieu.

*Et vous perdez votre expérience aussi hein ?*

Oui, tout à fait, enfin.

*Je pense que oui, le terrain c'est important.*

C'est tout à fait fondamental, je pense que vraiment, heu, si on faisait de l'expertise, si on n'était plus que des experts et puis qu'on perde cette expérience vécue au quotidien on aurait tout faux, ça c'est certain.

*Du coup, à quand remonte votre dernière participation en tant qu'expert en FMC dans un séminaire de FPC ?*

Hum, heu, oui, je réfléchis ça sur le plan médical, ça commence à dater parce que je suis chef de projet sur des séminaires qui tournent un peu moins en fait. J'ai fait, hélas, surtout mes derniers séminaires. Ça devait donc, je suis chef de projet, cette formation devait être en avril sur des thématiques particulières, c'est sur la recherche qualitative, ouai, parce que j'ai développé des compétences méthodologiques. *D'accord (rire)*. Sur la recherche qualitative, donc, je suis.

*Je vous écrirai un e-mail pour m'aider.*

Voilà c'est ça, donc je suis chef de projet sur ces formations de deux séminaires, un de niveau un et un niveau deux sur la recherche qualitative et du coup le dernier c'était en avril sur la recherche qualitative, d'accord ? Alors, sinon j'ai été animatrice qu'est ce qu'on pardonne ?

*Vous vous adressez à qui à quel type de public ?*

Les généralistes enseignants, heu, directeurs de thèses, d'accord ? Et quelques, heu, chefs clinique et aussi quelques étudiants qui ont de la chance de passer par là et de se dire : « ...pour ma thèse ça pourrait être pas mal... ».

*Clairement donc, vous me parlez que vous avez fait des formations en FPC sur aussi le plan biomédical, surtout axées sur la gynécologie, oui, est-ce que vous pourriez me décrire un peu la manière dont vous prépariez ces séminaires en tant qu'expert. Oui le temps que vous y passiez, comment vous vous documentiez et la façon dont vous écriviez, enfin, ce genre de chose ?*

Tout à fait, alors, j'ai fait surtout un séminaire contraception d'une journée, 2 séminaires sur les suivis de grossesses de deux jours. Donc, il y avait un séminaire début de grossesse, un séminaire à partir du deuxième trimestre, les soirées vaccination, heu, les derniers thèmes biomédicaux, c'était surtout ça. En fait, quasiment pour tous ces séminaires là, j'ai, je suis soit chef de projet soit, heu, j'ai participé au comité scientifique, d'accord ? Donc en fait, voilà, et toute la recherche documentaire les slides de diaporamas, donc tout ça. En fait, j'étais dans la conception, rarement dans les thèmes biomédicaux à m'approprier à partir de séminaires écrits par d'autres. Ca, je trouve ça extrêmement difficile, heu, oui ça m'arrive plutôt, heu, dans les séminaires pédagogiques puisque là, heu, je fais l'expertise mais je ne suis pas chef de projet parce que l'expertise au début c'est d'écrire des pages, surtout sur l'encadrement des externes et ça à la fois les diaporamas, le contenu qui est écrit par d'autres, ça je trouve un petit peu difficile. Il faut s'approprier le diaporama souvent, bien sûr, je l'ai relu, souvent je lis, éventuellement, je modifie un petit peu les diapositives pour, heu, ne pas profiter du diaporama. C'est complètement détriqué et puis, heu, le temps que ça prend, on va dans la conception, ça prend beaucoup de temps, ça, heu, bon, la recherche documentaire, l'écriture du dossier, la rédaction du diaporama, forcément ça prend beaucoup de temps. Après, avant chaque séminaire je dirais que ça prend au moins une semaine, avant il faut relire les diaporamas, en général ce sont souvent des séminaires en province, on utilise le temps du voyage pour relire la bibliographie, relire les diaporamas, les modifier éventuellement, les mettre à jour et puis voilà. Au fur et à mesure, hein, au fur et à mesure, en général, j'emmène pas mal de doc dans mon ordinateur, et souvent en papier, en fin de compte les pièces envoyées par les participants et c'est pas tout, hein,

donc, finalement ce sont les séminaires biomédicaux, hou, qui demandent, un peu de recherche en direct, donc on peut être amené à compléter in vivo, si je puis dire.

*Tout à fait, vos principales sources, heu, de recherche bibliographique elles s'établissent comment ?*

Oh, oh, on va commencer par ce qui est recommandation, heu, voilà. D'abord, heu, anciennement l'AFSAPS donc, ça forcément après ce sont des revues de la littérature, donc, heu, sinon, heu, c'est de la recherche bibliographique standard, hein, hum.

*Quand, lorsque, vous êtes, heu, vous avez fait vos séminaires, est-ce que vous avez un fil d'actualisation de vos bibliographies, un suivi bibliographique, une veille documentaire ?*

C'est-à-dire, heu, pardon, ça voulait dire une actualisation genre dans Medline, pas forcément, je l'ai fait mais heu, pas récemment, quand, c'est à dire je fais une mise à jour régulière et donc au moins une fois par an, donc du coup je cherche dans l'actualité les données mais je l'ai fait, mais pas actuellement, non, je n'ai pas, je continue.

*Dans les séminaires où vous avez participé en temps qu'experte, oui, vous aviez d'autres collègues d'autres spécialités ?*

Oui.

*Comment vous interagissiez avant le séminaire et puis pendant, est-ce que vous étiez toujours en accord ?*

Ah, ah, ah, en général les collègues avec qui on travaille, on les sélectionne quand même quelque part ah, ah, ah, je sais bien han, han, sauf pour les vaccins, heu, c'était une collaboration avec la SPIHF, la société de pathologie infectieuse humaine de langue française donc ce sont des gens que je ne connaissais pas ce sont des gens que je découvrais le soir de la formation et en fait qui intervenaient très peu au cours des formations, qui étaient vraiment construites par les médecins généralistes, pour les médecins généralistes. Ils étaient là pour répondre à des questions très pointues, heu, si je ne savais pas y répondre. Donc là, je veux dire, heu, l'apport était à un tel point que la dernière soirée que j'ai faite, par la personne qui organisait j'ai eu la surprise de découvrir qu'il n'y avait pas d'expert de la SPIHF et, heu, donc elle m'a dit que pour le congrès de la SPIHF, cette semaine, de toute façon, vous vous débrouillez très bien sans nous. Donc j'ai fait ça toute seule. Les autres expertises, en particulier avec les gynécologues, en général, on se répartissait le contenu de l'expertise au préalable, hein, donc en disant : toi tu vas, voilà, faire cette partie-là, l'autre partie-là, en principe, on essaye d'échanger les diaporamas auparavant et puis de se prévoir un temps donc, soit heu, sur place, soit en téléconférence ou, heu, sur Skype en préparation amont, quoi. Ca c'est l'idéal, après quoi qu'il en soit, c'est la veille au soir qu'on accorde nos violons sur place, quoi, hein. Mais je n'ai pas le souvenir d'avoir eu de gros différents, peut-être parce que sur les autres séminaires les gens étaient sélectionnés, quoi c'est tout.

*Pas eu de conflit jamais, sur, heu, la prise en charge, une prise en charge pratique ou heu ?*

Non, après c'était plus en terme de contenu pourtant, on a parfois des surprises. Donc je me souviens un premier séminaire, heu, sur, heu, le suivi de grossesse, l'expert échographique, pourtant c'était bien défini, et je me suis aperçue que, ben elle n'avait aucun diaporama, aucune photo d'échographiste, et heureusement j'en avais plein dans mon ordinateur donc en gros, c'est moi qui est fait le diaporama en direct une demi-heure avant (rire) voilà (rire) eh, eh. Donc c'est bien d'avoir un ordinateur avec plein de choses dedans, c'est cool, mais, heu, voilà, c'était la petite surprise désagréable, mais bon, pourtant il y avait une fiche descriptive de ce qu'il devait apporter mais on s'est dit que peut-être on ne vérifiait pas assez, on est pas assez, finalement, exigeant. On fait confiance aux collègues, peut-être la plupart du temps à juste raison et de temps en temps à tort.

*Hum, et par rapport aux intervenants, comment vous vous positionnez vous en tant qu'expert en soins primaires puisque vous avez un peu abordé le sujet en début d'entretien ? Comment vous vous positionnez justement par rapport à vos collègues spécialistes ?*

Heu, bon c'est vrai, les débuts d'expertise on n'est pas forcément très à l'aise, eh ben, hein, on fait ça un peu en position d'infériorité. Je pense que, petit à petit, on prend de, heu,

l'assurance, on se rend compte qu'on a une vraie expertise quoi, qu'on n'est pas sur les mêmes champs et finalement on peut aussi bien peut-être, allez, on y va, même mieux que eux, dans un certain nombre de domaines quoi. Donc, heu, je pense qu'après, heu, on gagne cette assurance et, heu, on assure cette vraie position, heu, d'expertise qui n'est, heu, ouai, à la fois vis à vis de, heu, à la fois vis à vis de ses collègues des autres spécialités, je veux dire aussi vis à vis par rapport aux participants, je veux dire, ah, il ne faut pas, non plus, se mettre trop sur un piédestal, rester à l'écoute des gens et être capable d'identifier des zones d'ombre et de se rendre compte si on a pas été forcément clair sur les choses qui peuvent nous paraître évidentes et ne le sont pas forcément du point de vue des participants. Savoir être attentif, heu, savoir répondre aux questions, si tu, heu, faut pas non plus, heu, ce n'est pas parce qu'on est expert qu'on est, heu, un intouchable, voilà, heu, voilà, trop je pense, heu, à l'égal de nos petits camarades.

*Et quand vous dites que vous faites mieux, c'est à dire que ...*

C'est une plaisanterie (rires).

*Je me fais l'avocat du diable, vous diriez que c'est parce que vous avez une expérience de terrain qui est plus proche de vos confrères, parce que vous avez une revue de la littérature qui est plus large, parce que moins restreinte, parce qu'on était plus large du fait qu'on est obligé de lire plus régulièrement, ce sont des questions, hein ?*

Oui, oui, non, non, c'est parce qu'on n'exerce pas le même métier quoi, je veux dire on est les spécialistes du soin primaire, je pense qu'on ne voit à la fois pas les mêmes patients et, heu, à la fois on n'a pas les mêmes ressources, heu, voilà. Je pense que, heu, c'est pareil quand on publie, heu, il y a certaines revues, heu, que je ne citerai pas, ce n'est pas la revue Médecine, un petit clin d'œil he, he, hum, je pense qu'il saura apprécier. Certaines revues où, heu, qui traitent de médecine générale, où la plupart des articles sont publiés par des spécialistes d'autres disciplines. Je vois mal comment les spécialistes d'autres disciplines peuvent nous expliquer ce que nous on va faire dans nos cabinets, quoi alors heu voilà enfin, je veux dire heu...

*Et par rapport à la revue de la littérature, est-ce est-ce que, là encore je me fais l'avocat du diable, est-ce que c'est plus facile en tant qu'expert de soin primaire de les interpréter sur le plan du terrain parce que parfois elles sont souvent faites à partir de recommandations hospitalières, elles ne sont pas forcément adaptées aux soins primaires. Vous pouvez dire, hein, si vous n'êtes pas d'accord ?*

Oui, hein, oui, si je suis tout à fait d'accord. *Et que parfois, heu, parce que certain de vos collègues ne sont pas d'accord, c'est pour ça que je modère mon propos parce que je me suis fais incendier la semaine dernière et, heu, ah, ah, et est-ce que pour vous l'expert en soin primaire, heu, a un rôle, entre guillemets, de traducteur dans ce type de recommandation donc pour avoir pour une application plus pratique et d'expérience ?*

Alors, heu, oui, il y a quelque part un regard critique. Allons-y, donc, heu, non, je suis tout à fait d'accord, hein, je pense que les recommandations, le problème ce sont les données de la science elles sont, la plupart du temps elles reposent sur des données, heu, enfin, qui ne sont pas issues des soins primaires et donc, heu, ben voilà, les recommandations elles sont construites à partir de populations qui ne sont pas les nôtres, à partir de moyens qui ne sont pas les nôtres, heu. Bon, appliquer des choses, en plus pas applicables, dans notre pratique, pas toutes hein, il y a des choses ce n'est pas pour tirer un trait sur toutes les recommandations que j'ai, je serais en train de dire le contraire de ce que j'ai dit précédemment puisque, heu. Mais quand même il faut avoir, je pense, ce regard critique alors peut-être, heu, pas si quelque chose qu'on a en tant qu'expert, je veux dire si on, si je me place par rapport, ah, je pense à une expérience dans un groupe de pairs, un collègue qui, heu, parce que c'était écrit dans la recommandation, il ne fallait pas la critiquer, c'était forcément parole d'évangile. Je pense que c'est aussi dans notre rôle d'expert de savoir prendre du recul par rapport à ces données et dire : voilà c'est bien mais, heu, peut-être pas applicable, peut-être avec des limites et, heu, et puis peut-être aussi, heu, on va peut-être aller chercher une des choses dans le domaine de la littérature sur les soins primaires, heu,

sont sans doute moins connues par, heu, nos collègues spécialistes et puis je pense par exemple pour des choses pour la littérature justement pour, heu, la recherche qualitative, ce qui est, heu, très peu connu par, ça commence à venir, hein, mais, heu, par certains collègues spécialistes.

*Hum, alors, ça me permet de rebondir, la FPC va se transformer en Développement Professionnel Continu avec une nouvelle façon de présenter les choses, avec un travail en amont pendant et puis en aval après, heu, est-ce que vous pensez que ça va changer le statut de l'expert et comment vous le voyez, heu, comment vous voyez l'évolution de l'expert en soin primaire avec cette nouvelle formulation ?*

Oui j'avoue que je ne me suis pas trop posée la question encore, hein, je pense que ça va nous donner des choses plus interactives, bien qu'on a toujours essayé de construire en formation, enfin en FMC, des formations très interactives. Mais ça va peut-être, oui, heu, donner des gens un petit peu plus réflexifs quoi, enfin des gens qui vont moins subir, heu, c'est vrai que moi-même en tant que participante, j'ai souvenir de séminaires où finalement je ne sais pas si j'avais retenu dix à vingt pourcent du contenu, hein. Donc, oui, heu, oui, je pense que en soi, pour le heu, sûrement une évolution favorable sur le statut de l'expert. Je ne sais pas trop, j'avoue que, heu, j'ai peu d'expérience encore pour pouvoir le détecter, donc, euh, voilà, je ne me rends pas bien compte de, heu, de heu, je n'ai pas l'impression que ça change grand-chose, ça va changer, heu, sur les modalités, sur l'organisation, mais sur le statut de l'expert je ne vois pas pourquoi ça changerait quelque chose, heu, je ne sais pas, j'avoue que je ne me suis pas posée la question.

*D'accord, parce que si l'on reprend, par exemple, la définition du DPC, c'est vrai qu'on va avoir des participants qui vont en théorie être mieux préparés, oui peut-être, par actuellement la FPC, certains collègues, heu, viennent les mains quasiment, enfin les mains dans les poches, c'est caricatural, hein, mais ... et qui vont absorber plein de connaissance actu pour en profiter de réactualiser leur connaissances sans avoir à effectuer le travail en amont, heu. Que le DPC, du coup, va défavoriser ce type d'attitude puisque, heu, en général on essaye de travailler sur des questions précises, heu, avec un travail en amont, en interrogeant les participants sur ce qu'ils souhaitent etc.. Peut-être que l'expert a moins le rôle informatif qu'il ne l'aurait, qu'il avait avant, qu'il a eu et que, heu, donc, pendant le séminaire il va peut-être, je ne sais pas, présenter autrement et puis après en aval, c'est à dire que, heu, vous l'avez très bien dit, heu, l'expert n'est pas forcément, heu, oh, au point à cent pour cent il peut y avoir des remises en question, des questions qu'il ne s'était pas posées et du coup, un participant à participer, du coup il va y avoir très peu de travail en amont et justement est-ce que l'expert quand, heu, après le séminaire est-ce que déjà il doit être présentiel ? Parce que, du coup, on en parle beaucoup en ce moment, hein, donc l'expert en tant que présentiel, est-ce qu'il aura le même poste que s'il n'y a plus de présentiel, heu, est-ce est-ce que, heu, et puis est-ce est-ce que, heu, en aval est-ce est-ce que, heu, il doit, heu, rester en temps qu'expert ou il devient comme ses pairs, justement, est-ce qu'il a le même rôle à jouer à chaque étape de la formation ?*

Je ne pense pas, à partir du moment où on s'est positionné comme expert sur Internet, je ne pense pas qu'on puisse heu, se mettre au niveau de ses pairs. Ce n'est pas, ça peut paraître prétentieux ce que je vais dire, hein, mais, heu, je ne pense pas qu'on puisse avoir la même posture. Enfin ça me semble impossible. C'est vraiment, heu, on a, heu, on a acquis une compétence, enfin à mon avis, ça va finir par se bastonner, je ne sais pas moi. Je veux dire : on ne peut pas du tout avoir la même posture, non ça ne me paraît pas possible, ça ne me paraît pas possible. Je vois mal un expert intégrer une espèce de groupe de pairs, enfin je veux dire que je pense qu'il aura toujours une posture d'expert parce que il aura davantage réfléchi sur la question, il aura, heu, voilà, je le vois mal, heu, enfin je le vois mal faire autrement.

*D'accord, une dernière question, heu, vous parliez de reconnaissance des pairs chez nos collègues spécialistes. En général c'est basé sur la publication ou de leurs services qui ont une orientation bien spécifique et qui leur permettent d'avoir une certaine expérience, heu,*

*de la pathologie. Nous, en cabinet de médecine générale, c'est plus difficile de l'avoir cette expertise par cette expérience spécifique même si on sélectionne notre patientèle et vous le dites très bien : vous vous avez plutôt une patientèle jeune enfin d'enfants et de gynécologie et globalement vous avez quand même un exercice, heu, global, général.*

De médecin généraliste de médecine générale, oui.

*Tout à fait et on sait qu'en FMI vous êtes amenée de plus en plus à publier, ce n'est pas forcément le cas sur les séminaires de FPC ou même dans nos soirées de formation, donc en petit comité, heu, est-ce que vous pensez que cette reconnaissance des pairs, comment elle peut se faire et est-ce qu'elle est nécessaire quand on est expert en soin primaire ?*

La publication, est-ce que ça doit passer, oui forcément, par la publication ? Non, je ne suis pas sûre, je, enfin, actuellement je ne le pense pas. Je ne pense pas que, heu, que nos collègues identifient le fait que tel ou tel, heu, expert généraliste ait publié, parce qu'en plus ce qu'on nous demande en FMI c'est de publier maintenant en langue anglaise, enfin, dans des trucs que personne ne va jamais lire, quoi. Que je fasse, eh, non, mais voilà donc vrai, oui je pense que c'est une demande tout à fait différente. Quelque part, heu, oui c'est intéressant quelque part, je pense que cette reconnaissance elle peut passer plutôt par les présentations aux congrès, c'est quelque chose sur laquelle j'ai pas mal réfléchi, je pense que le système universitaire, il est, heu, il est un petit peu, heu, comment dire, heu, on est en train de reproduire ce que font les autres spécialités et c'est dommage. C'est à dire qu'on va être amené à la course aux publications, à publier dans des journaux à impact factor, heu, qui ne sont lus que par une élite et encore, hein, heu, et donc finalement qui ne vont pas servir à la discipline et à mon avis le seul moyen de communiquer pour servir la discipline et être reconnu ça passe par les congrès, congrès de la médecine générale et, heu, voilà. C'est pour ça, quelque part, que moi, heu, je m'oblige à déposer des abstracts parce que voilà un moyen, je dirais, de reconnaissance, mais pas la publication, pas la publication telle qu'on nous la demande à l'université. Alors il y a les revues de langue française comme Médecine, Prescrire, Exercer et comme d'autres que je ne citerai pas mais, heu, voilà, où là, effectivement, le public est plus large, heu, il ne faut pas se voiler la face parce que ce sont quand même des journaux qui sont lus par des minorités, heu par des minorités, quoi, c'est quand même dommage.

*Mais même le congrès, hein, le congrès de médecine générale.*

Oui le congrès bien sûr, hein, le congrès, oui, oui, tout à fait. En même temps il y a, heu, oui, normalement ça va être mis en ligne, les abstracts et tout ça, moi, je ne sais pas les présentations. Bon ça touche peut-être mille cinq cent, deux mille médecins généralistes, on peut se dire que ça fait un peu plus de bruit, quoi.

*Bien, que souhaiteriez-vous au jour d'aujourd'hui ? Est-ce que vous auriez des souhaits pour l'expertise en médecine générale dans les années qui viennent ?*

Surtout qu'on ne fasse pas marche arrière, hein, d'accord on a développé cet expertise, je pense que la formation médicale continue a été un excellent tremplin pour, heu, la développer, pour former des gens qui seront compétents en la matière, enfin j'espère, qu'on ne va pas pédaler et redégringoler la pente.

*C'est très bien et je vous remercie d'avoir participé c'est vraiment très intéressant.*

Je crois que ça vous a apporté des choses.

*Oui, oui, plein de choses.*

## Entretien MG5

CB : *Bonjour*

MG5 : allo, bonjour, ah ben voilà, (rire) je vous écoute.

*Alors, comme je vous l'avais présenté sur le mail mon projet de recherche sur les grandes lignes, je vous propose de commencer tout de suite. Je vous propose de vous présenter.*

*Quel était votre parcours professionnel ?*

Ohlà ! Alors moi, j'ai cinquante-deux ans, heu, je suis installée depuis vingt, heu, six ans dans un petit village du V. Heu, attendez, je vais fermer la porte derrière moi parce que ça s'excite. Voilà, excusez-moi (ricanement), heu, mon parcours professionnel ... donc j'ai créé un cabinet voilà vingt-six ans, je me suis associée il y a quinze ans maintenant, heu, je travaille, heu, en EHPAD depuis trois ans maintenant. Je suis médecin coordonnateur en EHPAD et j'ai intégré la formation professionnelle continue, je pense à ses débuts, dans les années quatre-vingt où j'ai fait un cursus de formation, donc, avec Mgform. Alors, d'abord j'ai participé à des formations professionnelles continues et puis ça m'a plu donc j'ai fait le cursus de formateur, j'ai commencé par être ensuite animatrice, ensuite j'ai été, heu, organisatrice et puis il y a quelques années, avec le CNGE, j'ai fait le cursus d'expertise que je continue à faire de temps en temps parce que, heu, remettre un peu les pendules à l'heure, c'est pas mal. Et donc, je fais, j'organise, moins maintenant, je fais plus de l'expertise de séminaires et je participe encore à des séminaires en tant que participante aussi. Depuis quelques années maintenant, j'écris des séminaires, je suis une grosse productrice de séminaires FPC.

*D'accord, dans le domaine médico-clinique ou plutôt pédagogique ?*

Heu, les séminaires, oui, quand j'écris ce sont des séminaires sur, « ... Qu'est-ce qui m'a posé un problème dans ma pratique ? » et quand je n'ai pas trouvé la réponse, donc, dans ces cas-là, je me dis : « ... J'ai besoin de me former... », donc j'essaye de trouver un séminaire pour me former et quand je ne le trouve pas, je l'écris. D'accord ? Et donc je dois être mauvaise en beaucoup de choses puisque j'écris plein de séminaires.

*Non, je pense que vous vous posez beaucoup de questions et je pense que c'est ça le plus important dans notre métier (rire), donc vous me disiez justement vous avez suivi le cursus au CNGE pour devenir expert en soin primaire. Il consistait en quoi exactement ?*

Ce sont des séminaires de formation qui nous apprennent la lecture critique d'article, le positionnement de l'expert, parce qu'en fait il y en a un dans les séminaires que nous faisons, nous, dans notre organisme de formation. Ce sont des séminaires où il y a toujours un expert généraliste et un expert spécialiste (*acquiescement*). La plupart du temps, quand on parle de pathologie d'organe, vous parliez de la gynécologie par exemple, donc il y a toujours le gynécologue qui vient pour exprimer son point de vue, généralement nous essayons de le recadrer pour ne pas qu'il parte dans des sphères qui dépassent la compétence du médecin généraliste et l'expert généraliste est là pour donner sa compétence en tant que soin primaire justement, voilà, qu'est-ce qui, qu'est-ce que le médecin généraliste doit faire en soin primaire.

*Bon, c'est bien, vous devancez mes futures questions.*

Donc en fait, ben le cursus de formation c'était ça, savoir, heu, faire une expertise, heu, sur le plan intellectuel c'est à dire connaître la lecture d'articles, savoir préparer son expertise et ensuite savoir se positionner, c'est à dire qu'on n'est pas un expert gynécologique. Dans nos séminaires, en fait, on privilégie des ..., on n'est pas obligé de connaître le thème pour faire une expertise sur ce thème puisque c'est de l'expertise en médecine générale, on n'est pas expert généraliste, on est expert en médecine générale.

*Bien justement, ça tombe bien que vous me disiez ça. Qu'est pour vous, heu, l'expertise en soin primaire ?*

L'expertise en soin primaire, c'est donner des réponses validées au médecin généraliste de manière à ce qu'il se positionne lui-même en tant qu'expert du sujet, c'est à dire pouvoir donner des atouts aux participants des séminaires de façon à ce qu'ils aient les bonnes

pratiques en médecine générale.

*(Acquiescement) vous dites que vous avez toujours un confrère spécialiste, donc, lui apporte souvent la donnée, les données scientifiques, sa validité à lui. Vous, qu'est-ce que vous apportez en plus ?*

Alors, l'expert scientifique, heu, enfin l'expert d'organe on va dire n'a pas toujours fait la formation à l'expertise et dans ces séminaires là, parfois les experts d'organes disent : « ... nous on fait comme ça à l'hôpital... », moi je fais comme ça dans mon cabinet ou, heu, voilà et parfois il parle de choses que le généraliste ne peut pas faire en soin primaire ou tout au moins pas le généraliste lambda, donc nous on est là pour, heu, reposer un peu les pieds sur terre, pas partir dans : « ... je fais une échographie ou je fais... », voilà, nous on ne fait pas avec l'échographie. Et puis se repositionner aussi, dans la position du médecin généraliste qui pourrait être isolé, c'est à dire loin de la possibilité, justement, d'avoir accès à ces (trouve pas ses mots), je vais y arriver, ces examens complémentaires. Pour le spécialiste c'est toujours assez facile d'avoir des examens complémentaires, ça l'est beaucoup moins pour le généraliste. Donc l'expert généraliste est là pour repositionner les choses en tant que médecin généraliste.

*D'accord, vous, vous avez participé en tant qu'expert à différents séminaires. Quels sont les derniers séminaires auxquels vous avez participé, par exemple, cette année ?*

Le sommeil, oui, le dernier que j'ai fait c'était sur, holala, la conduite à tenir pour les addictions, avec, heu, alors ce n'est pas une psychothérapie courte mais c'est au sujet des addictions, je ne me rappelle plus très bien le thème mais voilà, c'était l'addiction, les deux derniers c'est sommeil et addiction.

*D'accord, et vous pourriez me décrire un peu comment vous vous préparez, et comment vous préparez ces séminaires en tant qu'expert ?*

Alors d'abord on lit le séminaire qui a été écrit par celui qui l'a écrit. Si on a des questions, on rentre en rapport avec l'écrivain du séminaire pour se positionner un peu. Ensuite on se met en rapport, enfin c'est plutôt l'organisateur qui se met en rapport avec nous parce que c'est l'organisateur qui nous a choisis, donc l'organisateur, lui, il a choisis ses animateurs et ses deux experts et donc l'organisateur fait une réunion. Ça peut être une réunion téléphonique mais souvent ce sont des réunions présentiels, voilà, où on prépare en faisant le déroulé du séminaire et en redéfinissant bien les rôles de chacun, de manière à ce que les objectifs du séminaire soient bien définis au départ, qu'on sache où on va et qu'on soit en synergie et ensuite j'ai toujours une revue avec l'expert. Moi je donne très facilement mes PowerPoint parce que je ne veux pas que ce soit redondant, c'est-à-dire qu'il n'y a rien de pire que, heu, un médecin généraliste qui fait une expertise et l'expert spécialiste qui, derrière, refait la même chose avec diapos. Donc, en fait, moi j'échange volontiers mes PowerPoint. S'ils sont piratés, eh ben, tant mieux, ça veut dire qu'ils sont bons. Donc, en fait, je les donne au spécialiste et on se positionne, en fait, chacun et en fait ça se passe généralement plutôt bien. Je n'enlève pas au spécialiste son expertise à lui et *(acquiescement)* lui voit que, en fait, on n'est pas du pipeau (rire), donc il nous laisse aussi là ... voilà. En fait, au bout d'un moment, comme je travaille beaucoup en région, on retrouve parfois certains spécialistes avec lesquels on a déjà travaillé et du coup ça se passe encore mieux puisque généralement, quand on a déjà travaillé ensemble, on voit comment ça roule et en particulier pour le séminaire que j'ai fait sur les addictions. C'était un spécialiste, je n'avais jamais fait ce séminaire-là avec lui mais j'ai déjà beaucoup travaillé avec ce spécialiste là et, heu, en fait, on n'a même plus besoin, à la limite, de se parler avant, on sait très bien comment va se positionner l'autre. Bon, on le fait toujours parce que c'est mieux mais *(acquiescement)*, on se connaît bien maintenant.

*D'accord, heu, vous faites de la bibliographie, vous faites de la recherche documentaire pendant votre expertise ?*

Alors en théorie celui qui a écrit le séminaire doit nous fournir une bibliographie. Parfois elle est insuffisante ou parfois on trouve d'autres choses, ben oui, on recherche de la biblio pour apporter des arguments référencés, il faut, hein.

*Vos principales sources c'est quoi ?*

C'est DOCISMEF en général, pffu, alors après, il y a toujours les référentiels HAS, ça c'est incontournable, oui, après je vais souvent voir ce que font un peu les canadiens et les anglo-saxons. J'aime bien aller voir ce qui se passe dans d'autres pays parce que ça relativise un peu les choses parfois, donc enfin.

*(Acquiescement) Il n'y a pas de barrage de la langue, l'anglais ne vous gêne pas ?*

L'anglais ne me gêne pas trop (sourire..). En fait je participe à la WONCA, j'y vais régulièrement, donc j'arrive à présenter des travaux de recherche en anglais, donc, heu, voilà. C'est vrai que ça ne va pas aussi vite que, voilà, c'est pour ça que je vous dis, parfois je vais voir ce que font les anglo-saxons, pas toujours en fait.

*(Acquiescement) Du fait de la limitation de la langue ? (Acquiescements) D'accord, oui, donc vous me disiez que vous faisiez des PowerPoint pour vos préparations, systématiquement. Vous, vos séminaires, c'est sous l'étiquette des séminaires de MGform que vous participez ?*

Oui, sous MGform, je suis la secrétaire générale de Mgform, donc, oui, je ne vais pas aller donner le fric à la concurrence en fait (rire).

*Vous avez bien raison.*

Même si Anne-Claire je l'aime bien mais avec Anne-Claire on s'entend toujours bien parce qu'en fait, on se retrouve beaucoup dans des conseils scientifiques, mais c'est vrai que chacun fait marcher sa propre boutique, hein, non, mais c'est normal, quoi.

*Dans ces séminaires, par rapport aux spécialistes d'organe, vous intervenez de quelle façon en complément ? A part entière ? Sur un temps de parole équitable ?*

Ca dépend des séminaires, ça dépend du thème. Un des séminaires que j'avais fait, heu, sur le sommeil et justement on l'avait fait avec un neuro-biologiste, spécialiste du sommeil, etc. et en fait on avait mis nos PowerPoint en commun ce qui fait que, grosso modo, on parlait deux diapos chacun, d'accord ? Parce qu'on s'était carrément bien préparé et c'était à mon avis super. Heu, là le séminaire que j'ai fait sur les addictions, on avait chacun des rôles très définis qui étaient définis par celui qui l'avait écrit, hein, et en fait c'était mieux de parler l'un puis l'autre, c'est à dire qu'en fait, moi, j'ai posé l'historique des thérapies comportementales etc. et ensuite l'expert psychiatre est allé justement dans « ...qu'est-ce qu'on peut faire spécifiquement pour les addictions... ». Donc, en fait, on avait des rôles très complémentaires et il valait mieux qu'on parle l'un puis l'autre parce que ce n'était pas sur le même thème, vraiment je veux dire, alors que sur le sommeil, c'était le même thème et en fait chacun apportait, heu, ça s'imbrique sur le même thème, sur la même chose en fait donc on s'adapte.

*Et du coup, comment vous faites quand vous avez un désaccord entre vous et l'expert spécialiste, comment vous faites par rapport aux participants ?*

Ca s'est trouvé qu'une seule fois (*acquiescement*) et on ne travaillera plus avec cette spécialiste (rire) où elle, heu, ou, en fait, heu. Je vais vous donner l'exemple parce que, heu, en fait il s'avère que les participants nous ont poussées un peu dans nos retranchements, heu, et c'était en l'absence totale de facteur de risque de cancer du sein chez une femme qui vous réclame à corps et à cri une mammographie. « ...Que faites-vous ?... ». Et donc je réponds, je leur ai dit : « ...si elle n'a pas de facteur de risque, elle ne devrait pas avoir de mammographie... », mais ils ont tellement insisté que je leur ai dit : « ...après, moi, je ne suis pas là, on n'est pas des ayatollahs, on n'est pas là pour vous dire qu'il faut faire comme ça, moi je vous donne les bonnes pratiques, maintenant je pense qu'une femme qui insiste beaucoup, je lui ferais faire sa mammographie parce que ça fait partie aussi d'une femme qui réclame une mammographie, il faut pouvoir lui expliquer que c'est bien de ne pas la faire mais si elle insiste vraiment faut la lui prescrire... ». Et la spécialiste m'a pris de volée en disant : « ...ouai, si quelqu'un qui a la migraine et qui vous demande une, heu, une IRM, vous lui faites faire une IRM du cerveau à chaque fois ?... ». Et en fait la salle à pris parti pour moi, c'est à dire que la salle a dit : « ...mais vous ne vous rendez pas compte du travail du généraliste, vous ne vous rendez pas compte de la de ce que les patientes

demandent... », etc. Et on a bien compris que l'expert généraliste ne nous a pas dit de le faire mais nous a dit que, heu, ça faisait partie, heu, des bonnes pratiques de répondre à la demande d'un patient, tout en lui ayant expliqué avant, pourquoi on aurait voulu ne pas y répondre. Voilà, c'était bien parce que c'était la salle qui .... mais c'est le seul cas où c'est arrivé et puis je pense qu'elle était parfaitement dans son tort et, heu, et que, heu, elle était jeune et pas très expérimentée au point de vue expertise de séminaire. Donc voilà, mais sinon en fait, je pense qu'on les prépare suffisamment bien pour que ça n'arrive pas dans les séminaires et puis, en fait, comme on échange nos PowerPoint etc, s'il y a des petits trucs, heu, qui ne collent pas, etc., on en discute et, heu, pour tomber d'accord, pour que justement ça ne se produise pas et si par hasard je pense que si ça se produisait maintenant, je pense qu'on en discuterait, heu. Là il s'avère qu'elle m'a retoquée devant le groupe en plénière (*acquiescement*) mais je pense que si moi je n'étais pas d'accord avec un spécialiste, j'attendrais qu'il ait fini de parler et quand le groupe se sépare ou quand il y a une pause, on en discute, d'accord ? Mais je ne dirais pas à un spécialiste : « ... je ne suis pas d'accord... ».

*Oui, du coup combien de temps de préparation à peu près ça représente pour vous la préparation d'un séminaire en tant qu'expert ?*

(Silence) Beaucoup, heu, moi je dirais un week-end plein, donc je dirais quinze heures de travail, heu, du, des, du vingt heures de travail.

*D'accord et sachant que vos séminaires, vous les préparez plusieurs mois avant ?*

Oui, alors maintenant je fais beaucoup d'expertise. En fait, du coup, c'est un peu toujours les mêmes séminaires, par exemple le séminaire pour l'insomnie, là je vais le refaire, alors je vais le refaire mais pas avec le même expert, donc forcément on va le re-préparer mais forcément il y a moins de travail quand même. Mes PowerPoint sont créés alors après on les modifie, je les modifie même sur place en fait, les PowerPoint parfois. Parce que quand j'entends les questions des participants, parfois il y a des questions auxquelles je n'avais pas pensé et donc je vais chercher les recommandations en temps réel et je les modifie sur place mais, heu, en général, heu, voilà. Ça me prend pas mal de temps et on les prépare, alors là, par exemple, j'ai un séminaire (coupure skype).

*(re-contextualisation)*

*Du coup on sait que la FPC actuelle enfin évolue vers du DPC Développement Professionnel Continu avec les modifications que ça implique. Comment est-ce que pour vous ça change votre profil en tant qu'expert ?*

Ben, ça change, ça ne change rien du tout parce qu'en fait le DPC, ce n'est ni plus ni moins que de la FPC avec un temps avant, un temps après. Donc en fait les gens arrivent, heu, avec leur dossiers sur lesquels ils ont travaillé etc.. Ça change, mais rien du tout, enfin moi le DPC pour moi, heu, c'est un peu ce qu'on faisait en fait il y a une dizaine, une quinzaine d'années où on faisait des pré-tests, des post-tests. Enfin les gens en font un pataquès mais alors pour moi c'est juste une continuité avec, heu, à mon avis c'est la FPC améliorée, quoi. Donc ça ne change rien mais rien de chez rien quoi.

*D'accord, pour vous le fait que le participant soit mieux préparé, ait plus de questions, vous ait posé des questions, pour vous ça ne change rien sur votre pratique et puis sur votre position après ?*

Ca ne change rien, non, ça ne change rien parce que, heu, comme je me préparais super bien et que ... non, ça ne change rien, surtout que j'ai toujours, heu. En fait, quand ils évoluaient au cours du séminaire et qu'ils travaillaient, ils posaient parfois des questions auxquelles je n'avais pas pensé et donc je fais pendant le séminaire, je m'adapte. Donc là, je fais pareil, on a déjà des séminaires de FPC, heu, de DPC en route.

*Une dernière question dans la définition d'expertise en soins primaires, il est dit qu'il faut une reconnaissance par ses pairs. Qu'est-ce que ça représente pour vous ? (long silence) (rire) Je vous embête avec mes questions, je suis désolé.*

Non, mais non, c'est bien, elle est bien votre thèse, heu. En fait ça s'adresse moins à votre jeune génération à vous mais la génération de laquelle je suis issue a tendance à penser que la bonne parole vient du spécialiste et que quand on a besoin de savoir comment faire un

frotti, il faut demander à un gynéco, quand on a besoin de savoir comment suivre une dépression, il faut demander à un psychiatre et voilà. Et en fait, l'expertise du médecin généraliste a encore un peu des difficultés, à.. si on ne se positionne pas bien dès le départ et pour se positionner bien dès le départ il faut, heu, avoir suffisamment de bouteille et d'assurance pour arriver en disant : « ...je suis là et c'est ma place... », on a des difficultés à être reconnu. J'ai assisté l'hiver dernier à un séminaire, fait par des québécois, sur le DPC au Québec. Le mec est arrivé avec son joli petit accent en nous disant : « ...voilà qui je suis, je suis médecin généraliste, tralala, président de ceci, président de cela, je suis donc la personne pour vous parler de cette thématique... » et c'est comme ça que les experts doivent se présenter, c'est-à-dire : « ...voilà pourquoi je suis venu et voilà pourquoi on m'a choisi moi et voilà pourquoi je suis à bonne place... », donc je pense que si on n'est pas reconnu par ses pairs, c'est qu'on n'a pas réussi à se présenter convenablement.

*D'accord, qu'est-ce qu'il faudrait faire pour améliorer ça ?*

Qu'on se forme, les experts doivent continuer à se former, ce n'est pas parce qu'on a fait une formation d'expertise qu'il ne faut pas continuer à se former. Il y a un précepte qui dit que la médecine, ce n'est pas comme le vélo, une fois qu'on en a fait une fois, on sait faire. La médecine, ça change sans arrêt et si on ne se forme pas sans arrêt on n'est plus des bons médecins. Hé bien l'expertise c'est pareil, si on n'entretient pas notre niveau d'expertise on ne fait pas de bons experts, il ne faut pas rouler sur ses acquis, il faut se remettre en question tout le temps.

*Qu'est-ce que vous pensez de la publication dans le rôle de la reconnaissance par ses pairs ?*

(Soupirs) Alors je pense que le pair de base s'en fout mais alors totalement, alors moi, je n'ai pas publié mais je participe à des congrès nationaux, internationaux, sans parler de la direction de thèse. Hors direction de thèse, j'ai fait des présentations au congrès de Nice, au congrès, heu, à la WONCA etc.. J'appartiens localement à un groupe d'échange de pratiques, je suis dans l'association des médecins du canton etc.. Ils savent que je suis active mais alors ils ne savent pas du tout ce que je fais et ils s'en tapent complet. Et alors je pense que le médecin voilà à qui vous dites que vous publiez etc., je vois, je suis sur Twitter maintenant, donc je suis un peu les blogs du dr Michelle Arnoult et le docteur du seize, là ils ont montré qu'ils avaient publié dans des trucs prestigieux. Moi ça m'épate, moi ça me dépasse, moi ça me, heu, holala ça me plairait de savoir faire, ça me plairait, voilà, d'avoir ce niveau-là, voilà mais moi ça m'épate. Mais alors je crois que le médecin lambda, "pout" dans son cabinet il s'en tape complet, mais alors complètement.

*Ah mais ça, j'en suis persuadé et pour vous ça ne change pas le fait que vous êtes une bonne experte ?*

De ne pas avoir publié ?

Oui.

Ah, moi j'aimerais, heu, en fait en participant aux conseils scientifiques des différents congrès, je croise des gens bien meilleurs que moi, bien plus en avance et moi je ne demande qu'une chose, c'est m'élever. Je ne suis pas sûre d'être une bonne experte, en tout cas j'espère l'être, je fais tout pour l'être, mais je sais que je peux m'améliorer ça c'est sûr. Je peux être meilleure, on peut toujours s'améliorer. Donc je prends, moi, tout ce qui, voilà, et j'aimerais savoir, heu ... Je pense que j'ai fait des trucs qui ne sont pas inintéressants et je ne sais pas comment ... Je ne connais pas le créneau publication etc.... J'aimerais bien apprendre, ça me plairait (rire). *D'accord*. Pas pour être reconnue par les autres, pour moi. Ça fait partie d'une étape dans l'expertise, heu, voilà.

*D'accord, mon avant-dernière question pour vous : qu'est-ce que c'est que l'expérience chez un médecin généraliste ?*

L'expérience (*acquiescement*), heu, l'expérience c'est, heu, oh oh ... (rire), de l'expérience qu'est-ce que c'est que l'expérience ? Ce n'est pas l'expertise, l'expérience, je vais vous le répéter vingt fois, oui, heu, c'est acquérir, heu, une, heu, une notion dans le temps, heu, l'expérience, je n'en sais rien, je ne sais pas. Il faut que je réponde absolument à cette

question ou je peux répondre je ne sais pas ?

*Ah ben non, vous avez tout à fait le droit de répondre « je ne sais pas » c'est tout à fait une possibilité.*

Ah, parce que c'est sûr que (silence) l'expérience montre qu'il en faut mais en fait ça ne sert à rien l'expérience puisqu'on se remet en question sans arrêt, c'est à dire que l'expérience que j'ai pu acquérir sur ce qu'il fallait faire dans tel cas ce n'est plus vrai maintenant, donc, en fait, quand je vois mes jeunes médecins en stage chez moi, c'est sûr que je leur apporte quelque chose qui relève du domaine de l'expérience, mais comme je suis plus restée dans l'expertise, mon expérience, souvent, elle est périmée quoi (*acquiescement*).

*Sachant que vous avez bien dit que, dans vos séminaires, vous apportiez votre propre expérience de médecin généraliste ?*

Oui alors, heu, en fait c'est « ma pratique » que j'aurais dû dire, ma pratique de médecin généraliste.

*Je ne pense pas qu'il y ait d'erreur.*

Non, non, mais je ne voulais pas dire « expérience » comme étant une sagesse quelconque, etc.. J'apporte ma pratique de médecin généraliste dans les séminaires, heu. En fait, voilà, c'est le fait que je sois médecin généraliste dans un petit village, enfin j'ai une pratique qui se réfère à celle de mes collègues quoi.

*(Acquiescement) Donc un jeune qui s'installe en campagne, tout seul, il est déjà expert il va devenir expert déjà ?*

(Silence) (Sourires) Là, attendez, parce qu'expertise et expérience ce n'est pas pareil pour moi. Oui les jeunes qui s'installent, moi je vois les jeunes qui sont à côté de moi dans le cabinet etc., ils ont une certaine expertise sur certains sujets qu'ils connaissent particulièrement, parce qu'ils sont sortis de ... On va essayer de faire un truc par exemple : la jeune femme qui est avec moi actuellement sort de pédiatrie, elle a une expertise, elle sait très bien examiner les enfants, les peser, les mesurer etc. et moi je lui ai amené ..., alors je ne saurais pas le définir mais je lui est amenée l'expérience de : « ce n'est pas pareil à l'hôpital que dans un cabinet ». Mon expérience, c'est qu'il vaut mieux laisser déshabiller les enfants par les parents que par nous-mêmes parce que c'est un geste intrusif et que l'enfant, il sera plus en sécurité d'être déshabillé par un parent. C'est ça pour moi l'expérience et pour l'expertise elle est aussi forte que moi pour examiner un nourrisson. Par contre, il faut, si elle veut expliquer à des vieux médecins qui ne font pas de pédiatrie comment faire pour examiner un nourrisson, il faut quand même qu'elle passe par un séminaire sur « comment se présenter en tant qu'expert ». Elle a donc une expertise mais pas pour la transmettre.

*Donc, la notion de durée pour vous dans l'expertise, elle peut être très courte ?*

Oui.

*Non, mais c'est ça, c'est un concept très compliqué, enfin, complexe, personnellement je n'arrive pas à trouver de jeunes experts.*

Alors je vais vous dire pourquoi : ce n'est pas parce qu'il faut une expérience, je suis persuadée que ce n'est pas pour ça. C'est parce que pour arriver à ce niveau-là, il faut avoir fait un cheminement quand même, c'est-à-dire qu'on ne peut pas devenir expert d'un séminaire si on n'a pas, participé d'abord, animé ensuite, organisé enfin. On ne peut pas devenir expert sans avoir fait tout ce chemin là parce que c'est un chemin logique on va dire. On peut pas arriver dans un séminaire et ne pas savoir comment faire un séminaire, comment ça se fabrique comment ça s'organise etc. et arriver en disant, bien, je fais l'expert. Ça, ce n'est pas possible, c'est sûrement pour ça que vous n'avez pas de jeune expert et que, parce que les médecins, quand on leur dit qu'ils peuvent faire de l'expertise ils ont la trouille, hein. Il fallait me voir moi à ma première expertise de séminaire, hein, ce n'est pas 20 heures que j'ai travaillé, c'est 2 semaines hein. C'est, au démarrage, de se poser par rapport à ses collègues alors qu'on ne se sent ni plus fort ni plus intelligent, ni plus rien du tout, se poser en tant qu'expert ce n'est pas facile. Maintenant, pour moi, ça devient naturel parce que j'ai compris mais au départ, heu, voilà. Demandez à un jeune d'à peine vingt-six

ans de venir faire l'expertise dans un séminaire, je pense que s'il n'est pas complètement fou il aura un peu la trouille quand même.

*(Acquiescement) Sachant que nos experts spécialistes ne sont pas forcément organisateurs et, heu, n'ont pas forcément fait toute l'animation et pourtant sont experts.*

Oui, mais ils sont experts pour des généralistes. Peut-être quand ils participent à des congrès et à des machins, ils ne vont pas sur la scène avec leurs amis cardiologues pour dire : « ...je vais vous expliquer ce que vous cardiologues vous devez faire... ». On n'est pas dans le même positionnement, c'est justement là que le rôle de l'expert en médecine générale a sa place quoi.

*(Acquiescement) D'accord, qu'est-ce que vous souhaiteriez comme évolution dans votre domaine d'expertise ? Est-ce que vous souhaiteriez qu'il y ait des choses qui soient mises en place ou vous trouvez que c'est très bien comme c'est ?*

Moi je souhaiterais que ... en fait, ce qui se passe là, en ce moment. Je suis en train de travailler à participer à un groupe de travail à la Haute Autorité de Santé (*acquiescement*) sur la simulation en médecine et j'ai mesuré l'étendue phénoménale de la non-connaissance de notre cursus de formation par les spécialistes. C'est à dire que là, on est en train de parler de simulation en santé. Pour eux, simulation en santé c'est une grosse plateforme comme il y en a une en Bretagne, il y en a une à Nice avec des mannequins qui peuvent simuler une hémorragie, des fausses équipes qui arrivent, de faux blocs opératoires etc. et quand on leur dit qu'on fait aussi des simulations en santé dans nos séminaires, quand on fait venir des acteurs, quand on fait des jeux de rôle etc. c'est aussi de la simulation en santé. Bon ça ils ont eu du mal un peu à l'admettre mais enfin on en est là. Mais maintenant je suis en train de me battre car je suis la seule représentante des médecins généralistes, je suis en train de me battre au sein de ce groupe parce que pour eux, pour faire de la simulation en santé, il faut avoir un DU : un DU de professeur en simulation en santé et un DU d'enseignement en santé et on leur dit : mais nos organismes de formation, je ne parle jamais de MGform parce que nous ne sommes pas les seuls, mais tous les organismes de FPC font de la formation de formateur. Et dans ces formations de formateur ça va de l'animateur etc. à l'expertise et ça, il y a une méconnaissance mais totale et c'est ça que j'aimerais : c'est que les spécialistes, en particulier les spécialistes hospitaliers sachent comment les généralistes se forment et sachent qu'il y a des cursus de formation de formateur et d'expert et que, heu, ça vaut bien un DU et qu'ils arrêtent de nous casser les couilles avec leur faculté, je n'en peux plus (rire). Ça c'est la reconnaissance, je ne l'attendrais plus là-dedans c'est à dire que je pense qu'il y a un travail, je pense que le collège pourrait faire ce travail-là. Parce que c'est absolument la place du collègue en médecine générale de dire qu'on est structurés dans nos différents organismes de formation pour savoir enseigner la médecine et le savoir-faire. Et en plus j'en ai marre parce que eux, ils s'adressent à des étudiants, ils sont dans la pédagogie, nous on en est dans l'andragogie, ce ne sont pas les mêmes techniques et on a été formé différemment. Et merde, ils ne le savent pas, ça m'énerve carrément.

*Et oui, alors l'avenir de la FPC et du DPC au sein des départements de médecine général ?*

Ah pour moi ça n'a pas sa place au sein du département de la médecine générale. Pour moi le département de médecine générale, c'est dans la FMI (*acquiescement*), heu, si chacun garde sa place on ne se bouffera pas le foie. Mais dans les départements de médecine générale on ne devrait pas faire de DPC post-universitaire hein ?

*Ah ben je ne sais pas, c'est une question, elle est ouverte.*

Je sais bien qu'ils s'y intéressent, c'est parce qu'en fait, s'il y a encore un peu d'argent à nous donner il va dans la formation et que pour la fac, en particulier les DUMG qui n'ont pas du tout de sous, faire de la formation c'est rémunérateur. Mais il faut, moi je n'ai pas envie d'enseigner en FPC ... Je suis maître de stage, je ne veux pas aller enseigner à la fac parce que la fac c'est trop loin et puis pour d'autres raisons. Donc je ne veux pas, j'en ai fait un peu mais voilà. Je pense que c'est au DUMG de s'organiser pour faire de la formation initiale aux étudiants dans les meilleures conditions qui soient en les amenant vers la façon qu'on a de faire ensuite de la FPC ou du DPC pour que quand on est jeune médecin on

passé assez facilement de l'un à l'autre. Mais je ne veux pas que les départements de médecine générale se mêlent de faire de la formation à des médecins généralistes installés, de la même façon que je ne vois pas Mgformpar, par exemple, arriver en disant on va faire un séminaire pour les étudiants. Ce n'est pas notre rôle, chacun son rôle et ça, d'accord, c'est politique, hein.

*Oui tout à fait. Bon en tout cas je vous remercie.*

Ben, de rien.

## Entretien MG7

MG 7 : Bonjour.

*CB : Bonjour H., je te propose de commencer et de présenter ton parcours professionnel et tes activités en dehors du cabinet.*

Hélas de moins en moins, mais (rires). Je suppose que ce sont les activités plutôt professionnelles, para-professionnelles, on va dire.

*Tout à fait.*

Enfin, voyons, j'ai eu mon bac en 1976, j'ai fait un petit détour par un BTS en 1978 et puis après je suis partie en médecine parce que je voulais faire le diplôme d'étude et recherche en biologie humaine, enfin le DEA biologie santé. Je suis rentrée pour ça en médecine. Et puis donc voilà, j'ai fait mes études de médecine à M., j'ai passé mes certificats de biologie santé et en fin d'étude je me suis dit que la recherche ce n'était pas pour moi. Mais quand même, étudier ça m'a toujours un peu intéressée, donc pratiquement, quand j'ai été installée, parce que je me suis installée relativement vite, j'ai fait quelques années de remplacements, puis après je me suis installée. Donc j'ai passé ma thèse en 1991 et je me suis installée en 1993, oui, ma thèse c'était omnipraticien en milieu rural, donc thèse de sociologie médicale on va dire.

*Thématique dans l'air du temps encore aujourd'hui.*

Et donc je me suis installée en 1993 dans un cabinet d'association. Et puis voilà, assez rapidement je me suis intéressée à la formation médicale continue, j'ai commencé à en faire, moi, puis je suis tombée sur des gens qui m'ont parlé d'animation etc., donc je suis partie à AGORA faire les sessions de l'AGORA à l'UNAFORMEC. J'ai fait des formations d'animateur, prise de parole en public, etc. et puis à partir de là j'ai commencé à faire un petit peu d'animation de formations, et puis après, dans notre association locale, eh ben, j'ai fini par faire partie du CA puis du bureau puisque j'en suis la secrétaire et je suis toujours la secrétaire de notre association. Et puis quoi encore ? Qu'est-ce que je peux te dire d'intéressant ? Et puis un copain de M. mais qui est au CA de l'UNAFORMEC et qui était à l'UNAFORMEC depuis longtemps m'a dit : « ...écoute, il faut que tu viennes au national et machin... ». Donc je suis partie assister à des CA en tant qu'invitée et puis ensuite j'ai été élue au CA et puis j'ai été suppléante un temps et maintenant je suis élue au CA de l'UNAFORMEC. Et puis, ben, je continue de me former sur l'écriture, sur l'analyse de la bibliographie, sur des choses comme ça, quoi. En même temps, je suis devenue maître de stage et puis comme j'avais écrit des séminaires de FPC sur les soins palliatifs, sur l'allaitement etc. ben du coup, quand j'ai écrit ces formations, il fallait un expert généraliste, bon, ben, je me suis pratiquement auto-embauchée comme expert généraliste et c'est comme ça que j'ai commencé l'expertise généraliste, avec des sujets que je connaissais bien puisque j'avais écrit des séminaires dessus. Euh, voilà, et donc comme après j'ai été invitée à participer à diverses animations auprès d'orthoptistes, auprès des étudiants en médecine générale, hein, petit à petit on te dit : « ...oui elle, elle participe, est-ce que tu veux bien venir... », etc.. Et petit à petit, comme ça, on t'invite à devenir expert généraliste de tel ou tel sujet. Voilà, en gros, c'est ça mon parcours d'expertise. Donc maintenant j'en suis, alors si je ne compte que les séminaires de FPC, j'en suis à 3 expertises : une sur la vaccination, une sur l'allaitement et la prochaine sur la PR. Sinon je te dis, j'ai participé comme expert généraliste à des sessions de formation pour des orthoptistes, j'ai participé comme expert généraliste à des formations pour les étudiants à la vaccination. Donc voilà, si c'est la FPC qui t'intéresse plus particulièrement, donc ça fait trois. Enfin maintenant c'est fini la FPC, maintenant c'est le DPC. C'est le 3ème séminaire cette année que je fais en tant qu'expert généraliste.

*D'accord. Juste au niveau de ton cabinet tu travailles combien de jours par semaine ?*

*Quel type de patientèle ?*

Je travaille du mardi au samedi inclus. On est un groupe où on est trois, quoi d'autre ?

*Ta patientèle, elle est plutôt diversifiée ?*

Ah oui, c'est du diversifié, je vois mes plus jeunes patients, ils ont 7 jours quand ils sortent de la maternité et ma plus âgée je l'ai vue aujourd'hui, elle va avoir 107 ans au mois de novembre. Bon, quand même c'est très orienté sur les enfants et les gens actifs et il y a relativement peu de personnes âgées, même si j'en ai de très âgées. Mais j'ai quand même peut être 15% de mes patients, pas plus, qui ont plus de 80 ans. Oui, ce n'est pas beaucoup plus de 80 ou de 75, tu sais, sur le relevé que nous envoie la caisse. Comme j'ai beaucoup d'adultes actifs et j'ai pas mal, environ un tiers de pédiatrie, enfin d'enfants de moins de seize ans et de la gynéco, enfin, bon, ça c'est classique chez les femmes médecin généraliste mais c'est très diversifié je fais de tout.

*Bon, on va rentrer dans le vif du sujet. Que représente pour toi l'expertise en soins primaires ?*

Qu'est-ce que représente... ? Ça représente ce qu'on devrait tous être, c'est à dire que je n'arrête pas de dire à des confrères, qui des fois me tannent lorsqu'on se réunit à des formations : « ...ouai mais on n'a pas d'expert gynéco, cardio, ... pour venir nous parler de ceci ou de cela... ». Et moi je leur dis que les généralistes ont leur expertise qui est bien particulière en soins primaires et qu'il n'y pas d'autre spécialité qui a cette expertise-là : ni hospitalière, ni les médecins de médecine interne. Je suis désolée mais les médecins de médecine interne ne sont pas des super-généralistes. Donc notre expertise de médecin généraliste, c'est quelque chose de bien précis, alors justement, ce sont les soins primaires et c'est donc de l'adaptation de tout ce qu'on nous apprend : les recos, etc., au terrain, au patient. Et je n'arrête pas de tanner tout le monde avec ça. C'est ça pour moi l'expertise généraliste. C'est une vraie expertise, ce n'est pas du bidouillage.

*Comment tu fais par rapport à la lecture critique d'articles ?*

Oui bien sûr, quand je prépare une formation, par exemple comme celle de la PR, alors je commence quand même par lire les recos, c'est la première chose que je vais faire et puis en fonction du miroir que j'ai par rapport à la pathologie sur laquelle on m'a demandée d'être expert. Je prépare quand même, hein, c'est du boulot de faire une expertise généraliste. C'est extrêmement formateur pour soi-même, mais pour que ce soit costaud et que ce ne soit pas n'importe quoi dans ce que tu racontes aux autres, ça veut dire que tu vas lire au-delà des recommandations. Surtout qu'on peut critiquer un certain nombre de recommandations. Donc je vais chercher et c'est à travers le filtre de mon exercice généraliste. C'est à dire je me dis : « ...bon voilà, pour ce patient, qu'est-ce qui m'a posé souci ? Est-ce qu'il y a des choses qui ont été écrites dessus ? Hein, voilà. Qu'est-ce qui va faire que je vais être confrontée à telle ou telle chose ?... ». Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis.

*Si, si, c'est extrêmement clair.*

C'est à partir du filtre de mon exercice sur le sujet. A ce moment-là je vais aller voir ce qui a été dit, écrit et alors je vais à la pêche quand je fais de la lecture d'articles. Par exemple, ce qui m'intéressait, c'est un exemple, hein, j'ai eu le cas d'une patiente : on lui avait dit qu'elle avait une maladie de Steele et on lui a dit : « ...non, non, vous ne devez pas vous vacciner contre la grippe... » et je me suis alors demandée : « ...mais pourquoi on ne peut pas la vacciner contre la grippe ? Qu'est-ce que c'est que cette histoire ? Bon, d'accord, c'est une maladie auto-immune mais quoi ? ... ». Alors, du coup, je suis allée chercher pour quelles raisons, quels peuvent être les problèmes à ce niveau-là ? Moi, la seule chose que j'ai trouvé c'est que, d'accord, ils ont un petit déficit immunitaire et que donc la vaccination risque d'être moins efficace mais qu'a priori ça n'a pas .... J'ai cherché dans les 2 sens : est-ce que la vaccination peut aggraver la maladie et est-ce que la maladie peut faire que la vaccination pose problème, hein ? J'ai cherché des deux côtés. Je vais donc regarder si telle ou telle chose me paraît valide ou pas valide en fonction de ce qui est paru. Parfois j'ai la réponse, parfois je ne l'ai pas, ça c'est autre chose. Mais bon, là maintenant, il va y avoir un nouveau truc, le machin où on pose des questions : le « cloud ». Je vais pouvoir poser toutes les questions auxquelles je n'ai pas de réponse à E. D. qui va s'occuper du reste. Bref, mais bon, je ne suis pas spécialiste, donc, moi, c'est pas mon boulot de savoir à quel moment on a l'indication de telle ou telle chose dans la mesure où c'est quelque chose du

second niveau, si tu veux, mais moi, j'ai à savoir comment je surveille, j'ai à savoir comment je communique éventuellement avec les autres. C'est le cas en particulier avec la PR, par exemple, parce que la polyarthrite rhumatoïde ce n'est pas quelque chose qu'on prend en charge, nous, les anti-TNF alpha, les machins comme ça, ce n'est pas nous qui les faisons, mais savoir que l'anti-TNF alpha, ça entraîne un déficit immunitaire et que derrière il peut y avoir des problèmes d'oncologie et puis derrière ... ça, c'est à nous de le savoir et ça, ça fait partie de l'expertise du généraliste. Le généraliste, il doit savoir ça, il ne sait pas comment on suit les anti-TNF alpha, à la limite il s'en fout, mais de savoir que son patient il a ce type de traitement et que, parce qu'il a ce type de traitement, eh ben, il peut y avoir telle ou telle chose, ça, c'est de nous ça, voilà. Toujours passer au filtre de ce qu'on me dit ou de ce qu'on me propose en fonction de mon patient et de ce que je fais. Je me pose toujours beaucoup de questions, par exemple, sur, bon, est-ce qu'il faut mettre sous AVK les patients qui ont, d'accord, des troubles du rythme cardiaque, mais qui tombent tout le temps et qui ont 95 ans ? Ça me pose toujours question, ce genre de chose, hein. Surtout quand on me demande mon expertise, je ne peux pas me permettre, que ce soit des étudiants ou des confrères, de leur raconter des bisbis, donc j'essaye d'avoir des choses précises, les plus validées possibles ou en tout cas avec un niveau de preuve le plus haut possible. Ce n'est pas toujours évident. Et au moins quand ce n'est pas un haut niveau de preuve, je leur dis : « ...bon il est paru telle chose qui dit ça mais c'est un avis d'expert ou autre, voilà ce qui est dit habituellement... ». C'est très difficile ça.

*Dans la définition de l'expertise il est dit qu'il faut avoir une reconnaissance par ses pairs.*

*Qu'est-ce que tu en penses et comment tu la vois cette reconnaissance ?*

(Long silence ...) C'est quoi le sens de la question ? Je ne sais pas ce que tu veux dire.

*En fait, dans la définition de l'expertise en soins primaires, il est dit qu'un expert utilise son expérience ce que tu as très bien dit, il fait de la recherche biblio et puis il y a une troisième dimension qui est la reconnaissance par ses pairs.*

(Silence) C'est-à-dire, oui, les pairs disent que celui-là il est capable d'être expert généraliste ?

*Ben justement, est-ce que ça te parle ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?*

Alors c'est vrai que quand on fait les formations, alors ça c'est difficile de savoir à l'avance, je trouve, c'est à dire que toi tu essayes de faire au mieux, après tu ne peux le juger que a posteriori. Bon les gens, ils discutent après avec toi, ils sont contents, ils comprennent, tu peux leur expliquer des choses, enfin voilà. Moi je pense que tous les généralistes ont une expertise mais le problème c'est qu'ils n'ont pas l'habitude de la mettre en valeur, voilà.

Leur expertise de leur exercice, c'est une expertise. Donc après la reconnaissance c'est peut-être ça. C'est vrai, après j'ai des patients qui me rapportent : j'ai vu le médecin machin qui m'a dit : « ... ah oui le docteur, je le connais bien, je l'ai vu ninininin... ». Bon si c'est ça la reconnaissance, peut-être, mais moi je pense que c'est plutôt la reconnaissance du travail que tu as fait et qu'ils font confiance au travail que tu as fait. Je le verrais plutôt comme ça. La reconnaissance ce n'est pas la célébrité si tu veux, ce n'est pas le fait que les gens autour disent que le docteur untel, on la connaît, on l'a déjà entendue, on l'a déjà vue ou bien qu'on vienne la chercher pour faire une expertise généraliste. Effectivement, je suis identifiée dans mon groupe, dans l'association, comme étant quelqu'un à qui on peut demander de faire tel ou tel travail, telle ou telle chose. Je ne sais pas si c'est ça que tu veux dire ?

*Si c'est ça, mais tu parles de la reconnaissance de ton travail, mais comment tu le vois que les autres t'évalue comme ça ?*

Ben, je ne sais pas, par exemple la dernière expertise que j'ai faite sur la vaccination, c'est vrai que j'avais bien clarifié mes idées. Du coup ça m'a permis d'accéder à un autre niveau de compréhension si tu veux, que quand on est un peu la tête dans le guidon. Ce qui fait que quand il y avait des questions sur des choses que je n'avais pas forcément préparé, comme j'avais réussi à maîtriser mon sujet, je pouvais expliquer, dire pourquoi, c'est compliqué à dire, mais ça leur permettait, eux, de réfléchir et de dire : « ...ah bah oui effectivement ... ». Je ne sais pas si c'est très clair ce que je dis. Le fait que quand on discute, parce que

évidemment dans les formations, c'est interactif, hein, moi je ne participe qu'à des formations interactives, à part un peu à la fac et encore ... Après l'exposé, les étudiants viennent et posent des questions, viennent compléter les informations dont ils ont besoin donc ce n'est pas interactif comme une formation de FPC. Donc à ce moment-là l'interactivité permet de voir que les gens accrochent ou qu'ils discutent ce que tu es en train de dire, hein. Parce qu'après tout, tout peut être discutable. Et toi après, tu as les arguments parce que toi tu as travaillé et compris certaines choses, avec peut-être un peu plus de recul, à ce moment-là ça te permet d'appuyer ce que tu as dit, voilà, hein. C'est un peu comme ça que je le percevais, voilà. Et puis après ils sont contents, ils cochent après : « ... est-ce que l'expert ... », tu sais ?

*L'évaluation oui.*

Quand tu regardes et que les gens ont l'air content, tu te dis que quand même tu as bien travaillé.

*Tu l'as évoqué tout à l'heure, tu te formais, t'es-tu spécifiquement formée à l'expertise?*

Oui, enfin, oui et non en fait, euh, je n'ai pas pu faire les séminaires AGORA à l'expertise généraliste par exemple.

*Ils étaient clairement identifiés comme tel ?*

Oui, c'était un séminaire. Comme on faisait un séminaire de formation à la prise de parole en public, un séminaire de formation à l'animation de groupe, il y avait ce séminaire à l'expertise généraliste. Et comme AGORA s'est arrêtée, je n'ai pas pu participer à ce séminaire-là. Par contre, d'abord j'ai vu fonctionner d'autres confrères qui avaient beaucoup plus d'expérience que moi à ce niveau-là et puis en discutant avec eux. Et puis quand on m'a demandé, la première fois, de devenir expert généraliste dans un truc, j'ai téléphoné à mes propres ressources pour dire : « ... Comment travailler ? Comment vous faites ?... », Etc. Mais je n'ai pas fait de séminaire absolument spécifique où je me serais inscrite pour faire l'expertise généraliste.

*Dans les différents séminaires pédagogiques que tu as faits, tu reconnais certaines compétences de l'expertise qui te permettent de pratiquer ton expertise dans les séminaires?*

Oui je pense. J'ai acquis cette réflexivité, pour moi c'est ça l'expertise généraliste. Oui la réflexivité, c'est un mot qui me plaît, tu vois ? C'est à dire que tu as ton expérience professionnelle, tu as l'expérience d'autres par le biais de choses que tu as lues sur le sujet et dont tu es expert généraliste et qu'à chaque fois, tu vas avoir cet aller-retour entre à la fois ton expérience et à la fois ce que tu as lu. On t'apporte quelque chose et à partir de là tu vas récupérer ce qu'on t'apporte et tu vas pouvoir l'utiliser pour à nouveau avancer dans ce que tu es en train de dire. Je pense que mes confrères ont une expertise et que mettre en valeur cette expertise-là, c'est le boulot de l'expert généraliste. C'est au-delà de l'expertise sur un simple sujet parce que tu connais bien le sujet. Je l'ai appris sans l'apprendre tout en l'apprenant, c'est comme M. Jourdain, c'est à dire percevoir ce qui se dit, passer au filtre de ma propre expérience, qui n'est que ma propre expérience, ce n'est pas quelque chose que j'ai travaillé particulièrement. Mais ça me permet de l'exploiter quand même ça, tu vois ? Cet aller-retour de ce que les gens te donnent et de dire, ben oui, ça c'est important ce que vous dites là, c'est le fond du problème ou c'est le fond de la prise en charge du patient. Je pense que c'est dans ce sens-là.

*D'accord. Tu m'as dit avoir fait trois séminaires en tant qu'expert généraliste. En choisissant parmi ces séminaires, est-ce que tu pourrais me décrire ton cheminement, c'est à dire comment tu l'as préparé, comment tu t'es référée à ton expérience et puis combien de temps tu es réellement intervenue au cours de ton séminaire?*

Alors moi, je suis une grosse parlote, tu t'en rends bien compte (rires). Alors si je prends celui sur l'allaitement qui est un séminaire que j'ai écrit, évidemment ça m'a pris le temps de l'écriture. Auparavant j'avais fait une formation à l'accompagnement de l'allaitement pour mes patientes, parce que j'en ressentais le besoin. J'ai appris tellement de choses que je me

suis dit qu'on était nullasse en médecine générale donc il faut vraiment que mes confrères fassent des choses simples, enfin basiques et ne pas faire des énormités. Surtout primum non nocere, au moins ne pas donner des mauvais conseils. A la limite, plutôt laisser faire que de donner des mauvais conseils. Donc à partir de ce truc-là, j'ai construit mon séminaire là-dessus en explorant un peu toutes les facettes, à la fois mon expérience et à la fois la formation que j'avais faite. Bien sûr, là-dessus ça m'a amené à lire d'autres choses sur le sujet etc., donc si tu veux, en tant qu'expert généraliste, j'avais du matériel. Donc non seulement j'avais ce matériel qui a été mon travail : l'écriture, le travail de lecture etc. et puis en plus, j'ai rajouté l'expérience que j'ai acquise après avoir fait, moi, ma formation sur l'allaitement. En voyant qu'à partir du moment où je m'étais formée à l'allaitement et bien j'avais un accompagnement des femmes qui me permettait de les accompagner de manière efficace. C'est à dire avoir des femmes qui réussissaient à allaiter longtemps, qui arrivaient même à allaiter dans les difficultés des premiers temps etc., avaient moins de crevasses, moins de complications, avec des enfants qui pouvaient prendre du poids. Je me suis rendue compte que de m'être formée j'avais acquis une expérience et que cette expérience avait été profitable pour les autres, ne serait-ce que pour leur dire : « ...écoutez ce n'est pas si compliqué que ça, il faut juste avoir quelques balises, ces balises que j'ai acquises, moi, par ma propre expérience plus ce que j'ai lu et travaillé... » et de dire : « ...on peut faire ça comme ça... ». Quand on dit aux femmes mais aux médecins aussi, que les recommandations de l'OMS c'est l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et l'allaitement deux ans, ils ouvrent des grosses billes parce que deux ans d'allaitement, waouh ! Ça commence à se savoir maintenant mais voilà. On peut accompagner une femme qui veut allaiter au-delà de 6 mois, ce n'est pas parce qu'elle est perverse, hein, ce n'est pas du maternage mal placé. C'est tout un tas de choses que tu peux apporter parce que tu l'as acquis et qu'en plus tu l'as expérimenté. Sur ce séminaire j'ai travaillé comme ça. J'ai commencé par me former sur le sujet, puis après j'ai travaillé sur le sujet parce que je trouvais que c'était important de faire partager à mes confrères et puis j'ai rajouté mon expérience.

*D'accord. Tes principales sources bibliographiques, quelles sont-elles?*

C'est un peu tout et n'importe quoi (rires). Je vais farfouiller dans Prescrire, Médecine, Pubmed, Cismef du CRAT également. Alors de temps en temps, lorsque j'ai besoin d'un article, comme je suis maître de stage, j'ai accès à la BU qui est aussi une source pour trouver des références. Et puis il y a l'UNAFORMEC aussi, le centre de doc où on peut avoir des documents.

*Tu évalues à peu près à combien de temps ton temps de travail quand tu prépares ?*

Quand je suis expert généraliste, oui, au moins à quatre week-ends, soit 6 jours, hein.

*Et quand tu intervies dans tes séminaires, tu intervies combien de temps par rapport à l'expert spécialiste?*

Alors là je ne sais pas comment ça va être car l'autre expert va être une rhumatologue donc sur tout ce qui est technique, ce n'est pas trop mon truc parce que ça, ça me dépasse un peu voilà. Par contre sur les autres séminaires, que ce soit la vaccination où j'étais avec un expert de santé publique, où là j'avais préparé un PowerPoint sur toute la pratique de la vaccination, la prise en charge de la douleur du tout petit, les associations avec d'autres pathologies, j'ai participé environ un tiers du temps. Lui il parle des vaccinations chez untel, untel et untel, c'était un catalogue, ça. Moi j'ai plutôt pris les choses pratico pratique tu vois : où on vaccine, en fonction de l'âge, quelle longueur d'aiguille est recommandée, voilà. On peut calmer la douleur chez les tout petits, il y a des outils qui ne sont pas toujours connus par les médecins généralistes et donc je trouvais que c'était intéressant de parler de ça. Et entre tout, je pense qu'on a bien dû parler au moins le tiers de l'expertise et en plus, selon les moments, quand il y avait des moments où là je pouvais intervenir parce que je pouvais apporter un complément de ce qui avait été dit, je n'ai jamais hésité à prendre la parole pour apporter le complément, hein. Je ne suis pas timide vis à vis de ça (rires).

*Tu as donc confronté ton expertise à l'expertise d'autres spécialistes, est-ce qu'elle*

*t'apparaissait complémentaire, parfois divergente et comment gères-tu alors la situation?*

C'est souvent très complémentaire, divergente finalement assez peu car on les prépare ces séminaires tout de même. Donc souvent on en a discuté avant et si on en a pas parlé à l'avance et que l'expert dit quelque chose et que moi il me semble que dans mon expérience, après effectivement, je ne peux m'y rapporter, quand c'est au moment des séminaires que à mon expérience ou à ce que j'ai lu ..., à ce moment je dis : « ...j'avais cru lire quelque chose... ». Je ne veux pas mettre l'expert dans ses petits souliers, ce n'est pas mon boulot, je ne suis pas là pour ça, hein. Car si je m'étonne, moi, je pense que cela signifie qu'il y a aussi des confrères dans la salle qui sont autant étonnés que moi. Donc à ce moment-là, je vais peut-être lever la main, un peu comme si j'avais été participante et dire : « ...Ah mais tiens, ça c'est étonnant... », ou bien : « ...J'avais cru lire ça, vous en pensez quoi ? Vous pouvez nous expliquer ?... », car à ce moment-là, je m'inclue, « ...Vous pourriez nous expliquer mieux ça ?... ». Mais en pratique ça ne s'est jamais trouvé, non.

*Et quand tu as un avis divergent en amont, comment arrivez-vous à trouver un consensus?*

C'est à dire que si moi j'ai travaillé là-dessus et que j'ai lu telle chose et que le spécialiste dit : « ...Non moi je ne fais pas du tout ça comme ça... », je lui dis : « ...Voilà mes sources c'est ça... » et que, bon, voilà.

*Quand tu dis complémentaire, pour toi c'est une évidence, en quoi ça l'est ?*

Et bien parce que le spécialiste c'est un médecin de second recours et qu'il n'a pas du tout la même approche du patient que nous et donc forcément ce n'est pas pareil.

*Et toi, tu pourrais détailler un peu plus ce que toi tu penses apporter par rapport au spécialiste et lui par rapport à toi ?*

Le spécialiste de second recours est le plus souvent spécialiste d'organe et donc lui connaît bien le fonctionnement de l'organe, comment ça marche, quel médicament on peut donner, qu'est-ce qu'il faut faire etc.. Et moi je sais comment on peut l'appliquer chez le patient, ça. Donc moi mon truc, c'est de parfois dire au spécialiste que l'appliquer chez le patient, c'est parfois difficile. Comment est-ce qu'on peut faire pour travailler ensemble et faire que telle chose va pouvoir être possible ou bien dans le cas où ce n'est pas possible, pour le patient, parce que le patient, il est ceci ou il est cela, quelle est la meilleure option ? C'est plutôt travailler comme ça, c'est à dire remettre le patient en premier. Vous nous dites ça, c'est très intelligent mais dans certains cas, ça paraît quand même difficile à appliquer en réalité, comment on pourrait mieux le gérer. Ça serait quelque chose dans ce goût-là. C'est remettre le quotidien du patient au milieu. Il y a des patients, ils sont illettrés, il ne faut pas leur donner des machins trop compliqués, ils ne savent pas reconnaître leurs médicaments sur les boîtes, donc comment on fait ? Un traitement qui doit être surveillé de très près parce que c'est un traitement qui a plein d'effets indésirables etc.. Peut-être que pour certains patients, il n'y aura aucun souci car ils sont un peu obsessionnels et psychorigides. Pour d'autres, on va être obligé d'adapter. Par exemple, aujourd'hui, j'avais une patiente qui a une maladie de Basedow et comme elle n'avait plus de médicaments, elle a arrêté son neomercazole depuis 3 semaines. C'est le quotidien de la médecine générale, ça. L'endocrinologue n'aura pas forcément envisagé que le traitement soit pris ou pas pris. Bon, la complémentarité c'est ça, lui c'est le spécialiste d'organe et moi je suis plus la spécialiste de l'adaptation au patient, de l'adaptation à l'environnement aussi. C'est notre boulot. Qui le fait à notre place ?

*L'assistante sociale?*

Ouai, on peut solliciter l'assistante sociale mais il faut en avoir conscience pour le faire. Il faut avoir conscience que ça soit social ou environnemental et que ça va avoir un retentissement sur les soins qu'on va prescrire. Récemment, j'ai eu un patient que j'ai envoyé chez le cardio car il avait une FA. Il lui avait prescrit des anticoagulants mais c'est un monsieur qui est gitan et il est illettré, le suivi tp/inr, la prise du traitement, c'est complexe. Et il faut en tenir compte si on ne veut pas s'exposer à des catastrophes. Et ça dans l'expertise généraliste ça en fait partie.

*D'accord. Tu me parlais d'évaluation tout à l'heure de tes participants. Est-ce que tu as*

*toujours pu répondre aux attentes de tes participants, ou même si tu avais apporté, parfois tu avais l'impression qu'il te manquait quelque chose ?*

(Hésitation) Pas vraiment, je n'ai pas eu l'impression de ça. Je n'ai pas eu l'expérience de ça car comme j'ai l'impression de rester au plus près de l'exercice qu'on a, de l'exercice de mes confrères, il n'y a pas de raison que ce soit extrêmement différent, même si on a chacun nos trucs. Je me suis retrouvée parfois à me dire : « ...Mince tu ne sais pas ça... ». Mais comme souvent ce sont des séminaires de deux jours ou que mince : « ...Ca j'aurais pu leur apporter... », ou : « ...Ca tu aurais pu leur donner... », eh bien je me débrouille pour leur apporter le lendemain ce que je n'avais pas apporté la veille. C'est à dire que le soir même je reprends les quelques trucs que je vois, bon, s'il y avait pas la réponse, pour essayer de voir si je peux la trouver. Ça peut arriver quand je suis devant une question dont je n'ai pas la réponse, mais je ne peux pas dire que je l'ai vraiment vécu, ça. Peut-être parce que je n'ai pas une expérience suffisante de l'expertise généraliste. Mais même avec les étudiants je n'ai jamais vraiment vécu ça. Vraiment, l'expérience qu'on peut avoir c'est une vraie expertise. Mais malheureusement nos confrères généralistes n'en sont pas assez convaincus. Bon, il faut la mettre à l'épreuve du niveau de preuve, de choses comme ça bien sûr, qu'il faut compléter. Je participe aussi, j'ai oublié de te le dire dans un groupe de pair. Le groupe de pair, c'est de l'expertise généraliste mutuelle, je veux dire, en quelque sorte. J'exagère un peu mais quand même un peu, ouai. Parce que tu exposes un cas, il y a le questionnement du groupe et puis il y a une réponse. Bon, c'est plus un groupe de pratique sauf que c'est un cas pris au hasard. Lorsqu'il y a un questionnement qui reste on va chercher la réponse et on va ramener cette réponse au groupe. C'est aussi un fonctionnement, quand même, qui est un peu comme ça, basé sur la réflexivité. On apporte quelque chose, on en discute, on essaye de valider une attitude et puis après on va vérifier si l'attitude qu'on a réfléchi ou bien s'il y a des trous, on va aller voir, dans nos ressources, s'il y a des choses. Donc c'est vrai que c'est aussi une façon de fonctionner comme ça que je peux retrouver dans les séminaires. *D'accord. On évolue vers le DPC, est-ce que tu penses que la place de l'expert généraliste, elle change ou pas ?*

A mon avis, si tu veux avoir mon opinion, j'aimerais bien que l'expert généraliste soit en première main, hein. De plus en plus les participants à un DPC se transforment en un groupe d'experts. C'est à dire que, enfin, qu'ils ne soient pas tous de nouveau en train de me dire : « ...Ah ben ouai, mais il n'y a pas d'expert... », comme si eux, ils n'étaient pas capable d'être experts. Alors moi, j'aimerais beaucoup que petit à petit ce genre de chose avance et je pense qu'avec certains groupes, en tout cas, c'est possible. Hein, des gens qui ont suffisamment de bouteille pour ne pas avoir peur de leur propre réflexion. Bon, le seul problème c'est que pour vraiment être expert, il faut y consacrer un peu de temps, c'est à dire qu'il faut aller chercher les références etc. Donc probablement il va falloir changer un peu l'organisation de la formation pour que ce soit facile d'avoir des références, par exemple d'avoir des références validées. Donc ça je sais que l'UNAFORMEC travaille dessus pour avoir facilement des réponses les plus validées possibles à une question que le groupe va se poser et à ce moment-là, on n'a plus besoin de personne. On a pas besoin du tout du spécialiste du CHU ou de je ne sais où, là on est tous experts. L'expert généraliste c'est le groupe, c'est ce qu'on appelle le groupe d'experts. Le DPC peut tout à fait évoluer vers ça si c'est bien fait et qu'il nous manque des outils aussi. Les généralistes, mais aussi les libéraux de façon générale, n'ont pas trop l'habitude d'aller chercher leur propre ... ,si , ils vont lire des revues, ils vont acquérir des choses comme ça, ils vont aller aux congrès, mais ils n'auront pas travaillé en amont, eux, même pour aller chercher ce qui peut répondre à leurs questions. Ils n'ont surtout pas le temps non plus je pense, vu les horaires auxquels on finit, hein, tu vois. C'est difficile d'aller vraiment chercher quelque chose, donc voilà. *En sachant qu'en théorie, dans le développement professionnel continu, tu as une phase en amont de préparation des participants également.*

Oui mais ça, il va falloir que ça vienne petit à petit, on ne va pas pouvoir changer les groupes tels qu'ils sont aujourd'hui, en groupe d'experts en trois coups de cuillère à pot. Il

va falloir que quelque part dans la tête, les choses bougent un petit peu. Je pense que ça va changer avec les jeunes générations, la tienne et celles qui arrivent après parce que vous, vous avez été formés à la lecture critique, vous avez été beaucoup mieux formés que nous. Nous, on a eu une formation pyramidale : tu avais le patron en haut qui venait nous faire les cours à la fac et puis tu avais les chefs de clinique et on était formé comme ça. Il fallait ouvrir les oreilles et ingurgiter. On n'avait pas l'habitude de se poser de questions. Vous, vous êtes formés à la lecture critique, vous êtes formés auprès des médecins, pas uniquement à l'hôpital avec sa structure très pyramidale. Je pense que ça, ça va changer beaucoup de choses, les médecins qui arrivent vont avoir l'habitude, je pense, de se fier quand même à ce qu'ils lisent aussi, et de ne pas tout prendre pour argent comptant comme ça. Ne pas attendre qu'on leur instille la science, juste assis le cul sur une chaise en prenant des notes. Donc je pense que ça va bouger mais il va falloir qu'ils s'installent. Je pense que ça va être dur pour certains. Il y en avait qui avaient l'habitude de venir aux réunions, de s'installer tranquilles avec leurs crayons et parfois sans rien du tout, de venir écouter la bonne parole. Ils peuvent toujours capter quelque chose d'intéressant pour leur pratique, mais bon, ce n'est pas un travail très valorisant. Donc je pense que la place de l'expert généraliste, elle va à la fois disparaître et se multiplier.

*D'accord. Je vais te poser une dernière question. Que souhaiterais-tu, toi, pour l'expertise généraliste dans le futur, même si tu viens de l'évoquer un peu ?*

Que tous les médecins généralistes soient des experts généralistes. Il faut qu'on arrête de nous faire prendre des vessies pour des lanternes, y compris dans les recommandations d'ailleurs. Avoir plus d'esprit critique et ça je pense que s'entraîner à l'expertise généraliste, ça amène à ça.

*En tout cas merci.*

## Entretien MG8

CB : *Bonjour docteur O.*

MG 8 : Bonjour

*Bon, je vous propose de commencer, est-ce que ça vous dérange si j'enregistre notre conversation ?*

Non, non.

*Bon et bien alors je vais vous demander de présenter votre parcours professionnel, votre cabinet et vos activités extra-cabinet qui ont un lien avec la médecine.*

Je vais essayer de vous résumer ça en quelques mots. Donc, heu, je suis médecin généraliste à l'H. dans un cabinet de groupe multidisciplinaire comme c'est très à la mode aujourd'hui, que j'ai créé en 1986 enfin j'exerce depuis bien avant mais en 1986 j'ai créé le groupe multidisciplinaire, hein, (*acquiescement*) donc avec des médecins enfin et des paramédicaux, heu et puis par ailleurs je suis un syndicaliste au départ et on m'a confié le dossier de la formation médicale continue au sein de la CSMF dont je dirige l'association de formation médicale continue depuis, on va dire, depuis 1991. J'en suis membre et directeur depuis 2000, donc c'est une association nationale de formation continue para-syndicale, heu, qui m'a conduit par ailleurs à être par mes fonctions syndicales et mes fonctions de formateur, à être président du conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux entre 2004 et 2010. *D'accord.* Et bon, je reste parmi les gens, heu, qui essayent de comprendre ce qui se passe dans le nouveau dispositif, du retard à son allumage et à son installation. Je m'occupe d'un réseau que j'ai fondé en 1994, dont je suis le président encore aujourd'hui et d'un réseau de cancérologie dans le V. et puis voilà, je suis membre de la fédération des réseaux de soins palliatifs en I. et voilà, c'est déjà pas mal.

*Oui, au niveau de votre cabinet, vous travaillez à plein temps ?*

J'ai travaillé à plein temps longtemps, heu, tout en faisant tout le reste, depuis, on va dire 2007, je suis à mi-temps.

*D'accord. Votre patientèle est variée ou vous avez une patientèle ciblée ?*

Non, j'ai une patientèle de médecine générale. J'ai aussi une spécialité de médecine du sport que j'ai passée dans les années 80 mais que je n'ai jamais mis au premier plan de la promotion de mon cabinet ou de ma clientèle, donc c'est une corde à mon arc que je n'utilise pas à titre exclusif.

*D'accord. Vous êtes maître de stage ?*

Je l'ai été dans les années 80 mais je ne le suis plus car toutes les autres activités ne me le permettaient pas.

*D'accord. Bon on va passer dans le vif du sujet, alors que représente pour vous l'expertise en soins primaires ?*

C'est une vraie question pour tout vous dire, heu, moi je ne suis pas dans la mouvance militante la plus dure de la médecine générale. Je me suis toujours considéré un peu comme un spécialiste dans ma tête, donc l'expertise de médecine générale c'est compliqué parce que la médecine générale c'est à l'évidence quelque chose de très large, de très global, heu, qui recouvre à peu près tout. Je ne pense pas qu'on soit expert en rien mais on est expert en tout. Alors voilà, vous savez il y a ce vieil adage qui dit qu'un spécialiste sait tout sur rien et que le généraliste sait rien sur tout (rire).

*D'accord et vous trouvez quand même que le médecin généraliste a ses particularités ? Et qu'est-ce qu'il apporte aux séminaires en tant qu'expert ?*

Il apporte l'éclairage d'une vision qui est censée être plus globale, de la prise en charge du patient dans la mesure où aujourd'hui, heu, c'est moins vrai qu'avant, hein. Moi je suis vieux déjà, hein, je me suis installé en 1978 fin 1977, d'ailleurs, heu, donc vous voyez une carrière un peu longue et on était bien plus expert avant qu'aujourd'hui, heu, dans la mesure où on a abandonné des tas de champs de notre intervention, de notre activité et que l'on travaille beaucoup moins. Ou tout du moins c'est beaucoup plus pesant aujourd'hui de travailler à la coordination, heu, la prise en charge globale d'un patient difficile, hein,

(*acquiescement*) les autres c'est simple, hein, qu'avant où on faisait vraiment tout : on faisait, heu, le confident, l'assistante sociale, on gérait les problèmes, on gérait le parcours, on gérait les rendez-vous, on gérait presque tout pour nos patients. Aujourd'hui beaucoup moins mais donc on a cette vision globale en tout cas, là aussi on fait beaucoup moins de visites à domicile qu'avant mais, heu, on en faisait beaucoup, ça avait longuement été décrit comme quelque chose qui coûtait cher et qui n'était pas utile et qui était une exigence du patient. En fait, ça nous donnait une vision sociologique de nos patients, de notre patientèle. Voilà donc on continue d'aller à domicile, ce qui nous permet, nous, d'avoir une vision plus globale, plus pertinente de ce qu'on peut faire et ne pas faire avec nos patients.

*Vous avez suivi une formation particulière à l'expertise ?*

Non, non, je ne suis pas, je n'ai pas suivi de formation particulière à l'expertise et je ne suis pas sûr que ce soit forcément nécessaire aux gens de ma génération, c'est à dire ceux qui sur le tard, ont fait tout ça depuis longtemps. Ils sont devenus experts par, comment dirais-je, la valorisation des acquis de l'expérience comme on dit aujourd'hui. Pour autant, est-ce qu'aujourd'hui il faudrait former le médecin généraliste à l'expertise, je ne le crois pas non plus, pour être clair et je ne suis pas certain que de former des professeurs de médecine générale puisse résoudre le problème dont on parle, (*acquiescement*) même bien au contraire pour être clair. Je pense qu'on fabrique de nouveaux spécialistes hospitaliers qui s'éloignent de la réalité du terrain et de l'exercice quotidien.

*D'accord. Quels sont les derniers séminaires auxquels vous avez participé en tant qu'expert généraliste ?*

De par ma formation et mon parcours, vous comprenez que je suis plutôt expert sur les formations de formateurs, donc en fait je forme des formateurs à l'expertise de formation, à l'expertise pédagogique, à l'expertise de la connaissance de la réglementation et des arcanes administratives compliquées de la formation médicale continue. Et puis j'interviens sur certains séminaires comme sont les séminaires de la communication de la relation médecin-malade ou plus récemment sur les séminaires qui tournent autour de ça, c'est à dire du comportement du médecin dans des situations difficiles et notamment tout ce qui tourne aujourd'hui autour de l'erreur médicale et de la plainte du patient, de la gestion de la plainte du patient. Je n'ai pas d'expertise scientifique au sens propre, je laisse les experts scientifiques intervenir sur les séminaires que j'organise par ailleurs et j'interviens soit comme animateur mais rarement comme expert sauf sur les thématiques dont je viens de vous parler.

*D'accord. Dans ces séminaires vous êtes en relation avec d'autres experts qui ne sont pas en médecine générale, ou pas ?*

Ah ben oui, attendez, là encore une fois mon parcours est un peu particulier. Je suis directeur d'une association nationale de formation médicale continue, je passe mon temps à recruter des experts, (*rire*) oui, bien sûr, pour agir sur mes programmes.

*D'accord, mais dans vos séminaires à vous quand vous êtes intervenu en tant qu'expert vous étiez associé à un autre expert spécialiste ?*

Oui, bien sûr.

*Quand vous faites vos séminaires, comment les préparez-vous ? Comment utilisez-vous votre propre expérience pour l'inclure dans votre propre expertise ?*

Ben là, clairement, ce sont des choses qui sont bien codifiées aujourd'hui, enfin qu'on a bien intégré nous les formateurs et les opérateurs de formation médicale continue, c'est à dire que l'expert ne vient pas faire ce qu'il a envie de faire, l'expert vient faire ce qu'on lui a demandé de faire pour réaliser les objectifs que l'on a défini dans le programme. Alors il y a des programmes qui étaient, puisque ça va changer encore, hein, des programmes qui étaient validés par un conseil scientifique, ils étaient validés sur des objectifs pédagogiques, des objectifs de sortie et d'amélioration de connaissances et de compétences immédiatement applicables dans les pratiques quotidiennes. Donc on ne demande pas à un expert spécialiste hospitalier ou universitaire de venir nous faire un cours, je ne sais pas moi, la boiterie ou l'entorse du genou, (longue hésitation) quoique un cours sur l'entorse du genou

c'est intéressant, mais qui serait didactique, universitaire et donc rappellerait l'anatomie, non, on demande aux gens, heu, enfin aux experts de répondre aux objectifs pédagogiques qu'on s'est fixés. C'est à savoir faire en sorte que le médecin sache examiner un genou et qu'il sache quelle est la conduite à tenir dans l'environnement où il exerce.

*(Acquiescement) d'accord et comment l'expert généraliste dans cette situation construit son expertise qu'il va proposer aux participants ?*

(silence) bah, c'est encore une fois sur l'expertise généraliste, j'ai toujours émis quelques doutes, c'est à dire que autant le généraliste peut intervenir en disant ce que vous dites là ou ce qui est dit ou ce qui est inscrit dans la recommandation n'est pas applicable en tout point ou en tout cas constamment applicable en médecine générale pour telle et telle raison et notamment pour des raisons d'environnement social, économique et familial etc. ou ethnique parce qu'aujourd'hui on a quand même des gens qui ne peuvent pas comprendre ou admettre tout ce qu'on leur dit. Ce n'est pas facile de soigner un diabétique musulman pratiquant. Heu, voilà donc c'est un exemple tout ça, donc on recadre un petit peu tout ça. Pour moi la médecine générale c'est de recadrer ça, ce n'est pas de donner son avis sur la pertinence de l'hémoglobine glyquée trois fois par an, ça ce sont des recommandations internationales qui existent, auxquelles le médecin généraliste doit se plier. A cet égard, on a des situations complexes et difficiles pour le médecin généraliste et des attitudes de la médecine générale et de ses représentants qui sont parfois de l'ordre de la politique de gribouille parce que lorsqu'on dit par exemple qu'il n'est pas utile de faire des PSA à tous les gens qui le demandent : la proposition est valable (*acquiescement*) et la recommandation est légitime, l'application n'est pas évidente et donc dans le contexte de la judiciarisation croissante où nous sommes, heu, vous imaginez bien que le médecin il a quand même le droit de déroger à, heu, à la règle. Par exemple il y a une polémique en ce moment, pas une polémique mais un discours en ce moment, sur l'électrocardiogramme dans la visite médicale du sport de compétition avec un arrêté qui dit qu'il faut faire un électrocardiogramme pour dépister les maladies, comme le syndrome de Brugada etc. Eh bien, un : il est légitime de dire que ce n'est pas utile de faire ça pour les gosses qui ont besoin d'un certificat pour l'école, deux : il est légitime de répéter que dès qu'on a le moindre doute, il faut faire un électrocardiogramme et de pas dire forcément qu'en médecine générale on en fait pas, parce qu'on en fait pas. C'est compliquer aujourd'hui l'existence.

*Donc, en fait, l'expert généraliste a quand même ce recadrage par rapport à des soins primaires, par rapport à des soins secondaires ?*

Absolument. Le médecin généraliste et l'expert généraliste doivent là se positionner comme quelqu'un qui dit on a des recours, on doit les appliquer autant que faire se peut (*acquiescement*) et en cela, dans nos formations on fait du benchmark ING allez-y les gars faites-le et puis en même temps dans telle circonstance la recommandation n'est pas applicable et donc les dérogations sont légitimes (*acquiescement*).

*Et dans quelle mesure vous pensez que le médecin généraliste peut se référer à sa propre expérience ? Comment il peut l'inclure dans son expertise quand il intervient au sein d'un séminaire ?*

Je crois que l'expert généraliste il est là aussi comme médiateur dans un groupe de pairs et de réflexions puisqu'on est dans la pratique réflexive. On met les gens en situation et souvent, en formation, on les met en situation de résoudre des problèmes, hein, des cas cliniques et donc parfois le médecin il a le nez dans son guidon et il a besoin de l'expertise du généraliste qui a pris du recul, du généraliste formateur qui a pris un peu de recul par rapport à ça et qui, donc, remet le médecin en situation, je dirais de légitimité, de dé-complexification par rapport aux exigences croissantes de la société sur son dos.

*Et parfois est-ce qu'il est arrivé qu'entre un expert spécialiste et un expert généraliste il y ait eu des dissonance, alors soit en amont lors de la préparation du séminaire ou pendant l'expertise et comment elle était gérée pour donner une information claire au participant ?*

Vous savez, on rencontre moins ça aujourd'hui qu'avant, mais moi qui ait commencé les premiers programmes de formation médicale continue dès les années financées par les Caisses d'Assurance Maladie selon les nouveaux modèles, dès les années 90, c'était effectivement la situation. C'était de faire comprendre à ces messieurs les professeurs experts qu'on les sollicitait tout de même pour leur savoir, qu'il fallait qu'ils redescendent de leur chaire pour se mettre au niveau de l'écoute des besoins et des véritables besoins des médecins généralistes. Et donc, parfois, on a eu quelques tirages parce que les spécialistes qui avaient l'habitude, comme ça, de faire des cours magistraux considéraient qu'on mettait en doute leur savoir. On disait, non, pas du tout, mais ce que vous dites on s'en fout en fait, globalement, ce qui importe c'est que vous répondiez aux questions des médecins (ricanement). Alors des bisbilles, des tirages on en a eu mais globalement, je crois que maintenant que tout le monde a compris qu'on était dans la pratique interactive et réflexive et qu'il fallait d'abord laisser s'exprimer les médecins et essayer de réfléchir et de travailler sur les situations concrètes qu'ils rencontraient quotidiennement et qu'ils n'étaient pas là pour entendre la messe sur des choses qu'ils ne rencontraient jamais (acquiescement). *Vous l'évoquiez tout à l'heure, la FPC, elle va normalement tendre à disparaître, elle va être remplacée par le DPC (acquiescement), le rôle de l'expert maintenant ne peut qu'en être peut-être modifié puisqu'il va y avoir un travail en amont par les participants, un travail pendant et puis en aval, est-ce que vous pensez que l'expertise, du coup, elle va se modifier ? Si oui de quelle manière ?*

Non, je ne le pense pas. Je pense même qu'elle va être renforcée. Pourquoi ? Parce qu'on mettait les gens en situation (longue hésitation), en réunion physique présenteielle, on mettait les gens en atelier, on les faisait travailler sur des cas cliniques, où donc ils discutaient ensemble de la meilleure attitude à tenir selon eux, avant que l'expert ne donne son avis. Là, maintenant, ça va être pire encore, puisque maintenant on les met en situation d'analyse de pratique, d'observation et d'analyse de pratique. Donc on va les faire travailler seuls, d'abord dans une phase d'observation et de recueil d'informations sur leurs pratiques puis ensuite on va émettre les résultats de ces observations face à la recommandation avec la mise en évidence des écarts de pratique par rapport aux recommandations et donc une certaine déstabilisation des médecins face à : oui, finalement je ne suis pas bon. Ben si monsieur, vous n'êtes pas plus mauvais que les autres mais, voilà, pourquoi, heu, probablement et on analyse donc les causes, les racines de l'affaire et on se met en situation d'amélioration collectivement. Donc le rôle de l'expert généraliste dans cette situation va prendre à mon avis davantage encore d'importance parce qu'il faudra accompagner les gens dans cette démarche d'amélioration de qualité et de sécurité.

*D'accord, donc en fait, on a des participants qui vont devenir experts ?*

C'est l'objectif et d'ailleurs c'est bien l'objectif de faire, en tous cas, monter d'un cran à l'issue de chaque formation la compétence des gens que l'on forme. Ce n'est pas simplement pour se faire plaisir, à nous, ni même pour remplir des obligations virtuelles dont on se tape finalement, sinon les obligations déontologiques, et que ce n'est pas non plus pour avoir une clientèle de gens qui dorment à côté du radiateur hein. Donc ce sont bien des gens dont on espère bien qu'ils vont sortir enrichis et améliorés.

*Et quand vous dites accompagner ou élever, c'est à dire leur apprendre à lire la littérature, avoir une lecture critique ou autre chose je ne sais pas ?*

Ben, sur les deux exemples que je viens de prendre qui sont des recommandations sur les PSA ou l'arrêté sur l'électrocardiogramme de l'adulte de 15 à 35 ans, il y a clairement là une analyse critique de la littérature qui est tout à fait légitime avec des gens qui peuvent avoir des attitudes contradictoires et en discuter, c'est déjà s'améliorer. Et/ou en tout cas de prendre conscience des difficultés d'application des recommandations. Donc la lecture critique sûrement. Heu, l'analyse critique de la littérature et des recommandations sûrement, heu, qu'est-ce que vous disiez d'autre ?

*Ben, oui dans le sens où sûrement les médecins ont leur expérience, qu'elle n'est pas forcément mauvaise, qu'ils ne se rendent pas forcément compte et que donc les séminaires*

*de DPC leur permettront justement de pointer ...* Oui, c'est la discussion entre pairs je vais dire. Trop souvent encore aujourd'hui et bien que là aussi ça s'améliore et que votre génération va probablement passer le virage définitif de l'exercice en groupe, hein, aujourd'hui trop de médecins encore sont un peu isolés dans leur pratique et n'ont pas de référentiel collectif par rapport auquel ils puissent se situer : est-ce que je suis meilleur ou plus mauvais que les autres ? Ils n'en savent rien et donc ils sont assez friands de ces rencontres entre pairs. Et donc le fait de discuter entre pairs de ses pratiques c'est vraiment ce qui les attirent et c'est vraiment l'enjeu et probablement un des critères d'amélioration. *Qu'est-ce que vous souhaiteriez, vous, maintenant pour l'expertise en soin primaire ?* Qu'est-ce que je souhaiterais ? Ecoutez, heu, ce, heu, je ne sais pas répondre à votre question quand vous voyez comme elle m'embarrasse, ça prouve si elle m'embarrasse c'est que je ne la comprends pas ou que je ne suis pas un militant de l'expertise en médecine générale.

*Heu, non, mais est-ce qu'elle pourrait s'améliorer, est-ce qu'elle pourrait se mettre, se positionner autrement ou prendre une place différente de celle qu'elle a aujourd'hui ?* Aujourd'hui, l'expertise en médecine générale n'est plus formellement contestée dès lors qu'effectivement aujourd'hui les spécialistes ou les hospitaliers acceptent de considérer qu'il y a des contraintes en ville qui font qu'on ne peut pas prendre en charge un malade avec les mêmes critères que quand il est hospitalisé (*acquiescement*), on est d'accord sur cette expertise de la médecine de ville, la médecine générale de ville. En faire une expertise scientifique c'est le boulot aujourd'hui de tous ceux qui, heu ; à cet égard le DPC sera un excellent terrain de recueils d'informations qui peut se transformer en véritables publications ou enfin en véritable travail scientifique d'observation ou d'étude, en tout cas d'analyse des pratiques et qui peut faire l'objet de publication et donc une certaine expertise, hein ? (*acquiescement*). On va aussi avoir par le DPC, on va engranger énormément d'informations qu'on n'avait pas avant hein, qui vont probablement nous permettre de faire davantage de publications pertinentes sur des échantillons significatifs des comportements en médecine générale et qui valoriseront l'expertise de médecine générale. Donc voilà, tout ça je pense que c'est dans le tuyau et que voilà. Alors pour autant encore une fois, ce que je ne veux pas dire pour moi, c'est qu'on a besoin d'enseignants en médecine générale. Qui est le chercheur en médecine générale donc universitaire en médecine générale pour conduire ces travaux de recherche en médecine générale ? Je ne pense pas pour autant que ces gens là seront l'expertise, seront les véritables experts en médecine générale, au sens où vous le dites, ou me semble-t-il on en parle depuis le début de cette conversation, c'est à dire quel grain de sel on peut apporter dans les comportements, dans les stratégies diagnostiques, thérapeutique et de prise en charge globale de nos patients.

*Voilà, d'accord, donc la FPC ou le DPC dans l'université, non ?*

Exactement non, absolument (rire). Je ne crois pas qu'ils sont compétents. Ils ont des compétences qu'on peut utiliser dans le programme mais ce ne sont pas à eux qu'il faut livrer la formation médicale continue, le développement professionnel continu des médecins généralistes, ça on l'a dit depuis les années 60. D'ailleurs eux-mêmes qui sont aujourd'hui professeurs en médecine générale ont dit ça dans les années 60. C'est à la profession elle-même d'organiser sa formation (*acquiescement*) et de connaître ses objectifs et ses besoins de formation.

*Parce que c'est vrai, on est quand même une exception par rapport aux autres spécialités où c'est quand même largement dominé par les hospitaliers, même dans la formation médicale continue ?*

Absolument, les hospitaliers, les spécialistes effectivement ont nettement besoin de cette connaissance pointue, des avancées techniques et thérapeutiques que leur délivrent aujourd'hui la recherche et l'université. Nous moins, mais même, on a plutôt intérêt à être un peu distant par rapport aux innovations.

*D'accord. Bon, ben, écoutez je vous remercie beaucoup.*

Je vous en prie.

## Entretien MG9

*CB : Bonjour docteur R.. Je vous propose d'abord de vous présenter, de faire une présentation générale de votre activité professionnelle et puis de vos activités médicales hors cabinet ?*

Bon, je suis médecin généraliste, installé seul à M. dans une zone d'HLM, je cherche désespérément une associée (rires) depuis cinq ans. J'exerce de la médecine générale classique avec la particularité de faire partie d'un réseau de recueil de données informatisées qui utilise un dictionnaire des résultats de consultations comme langage commun. J'ai la particularité d'avoir une activité le midi et le soir sur rendez-vous de psychothérapies brèves, avec une formation en hypnose, en TCC, en PLL et en thérapies brèves. Donc ça c'est mon activité, je dirais, clinique. Par ailleurs je suis maître de conférences associé, donc à ce titre également enseignant chercheur et maître de stage. Je ne fais plus de SASPAS. Je fais surtout des premiers niveaux parce que j'aime bien accompagner les gens dans leur première démarche en médecine générale. En SASPAS, le temps de la rencontre était quand même assez bref. *D'accord.* Et puis je suis enseignant au DU d'hypnose sur la partie qui est l'hypnose médicale et médecine générale, je suis aussi formateur d'expert, formateur en hypnose au sein de la SFMG dans le cadre du fond d'action de formation. *D'accord.* Et je suis, au sein de la SFMG, membre du CA et toujours responsable de la partie formation : de la formation professionnelle continue dans le cadre des organismes d'état ou des formations avec des fondations privées ou d'industries pharmaceutiques. *D'accord.* Et j'ai participé à un certain nombre de projets de recherche. Actuellement j'ai monté une étude avec l'industrie sur la vaccination, une autre dans le cadre de l'Europe sur la qualité des cabinets. Et accessoirement j'accompagne une étude dans l'enceinte de la fac portée par le CNGE. *D'accord.* Voilà je suis aussi membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins et des activités syndicales plutôt réduites maintenant au sein du SML où je représente la médecine générale de la SML au sein de la commission de hiérarchisation des actes. *D'accord.* Voilà, je pense que j'ai tout dit (rires). *Quelle est votre type de patientèle en dehors de votre activité d'hypnose ? Vous avez une patientèle qui est assez diversifiée ?* Oui, je n'ai jamais trop regardé mais quand je regarde les indicateurs, oui c'est le reflet ... bon, comme je suis assez âgé, je suppose que ma patientèle est un peu plus âgée qu'ailleurs mais ça tient beaucoup aux endroits où on s'installe, ça, également. Mais bon, je vois de tout, je vois des enfants, des vieux, des jeunes, des femmes, des hommes, des blacks, des blancs, des beurs, très cosmopolite comme patientèle. Je pense que les internes qui viennent, ils sont assez contents, ils voient un petit peu de tout, ça les intéresse. Je n'ai aucune spécificité en dehors de la partie psychothérapie qui ne se fait que sur RDV et en dehors des heures de consultation habituelles.

*D'accord. Bon, je vous propose de rentrer dans le vif du sujet. Que représente pour vous l'expertise en soins primaires ?*

Si je répons une tarte à la crème, ce n'est probablement pas le sujet.

*Ah et ben après il va falloir argumenter pour la tarte à la crème.*

C'est un terme qui couvre un vaste champ, on peut être expert dans le champ des soins primaires dans beaucoup de choses. Parce que les soins primaires, d'abord ils sont pratiqués par des médecins mais aussi par beaucoup d'autres gens. Donc moi je préfère l'expertise en médecine générale qui paraît être plus réaliste pour l'égo.

*D'accord et donc si on s'en tient à l'expertise en médecine générale ?*

Et donc, évidemment, dans ce cadre-là, la médecine générale fait partie d'un package des organisations et des philosophies assez différentes finalement même en Europe et donc on doit être capable de positionner le dispositif de la médecine générale dans l'offre de soins de son pays et de la comparer à ce qui se fait ailleurs. Et on doit être capable de situer les activités d'un médecin généraliste dans le cadre de ce champ-là. En sachant que dans notre pays, comment dire, le fait d'être formé, d'avoir un DES de médecine générale n'implique

pas que l'on fera ce qu'on pourrait appeler une médecine de soins globaux puisqu'on peut, au fil de la vie, s'orienter vers des pratiques particulières, des goûts particuliers ou des organisations particulières. Donc ça couvre un champ assez grand et moi personnellement je m'amuse toujours de voir des experts de médecine générale, comment dire, considérer que les médecins à exercice particulier ou certains généralistes qui sont ici ou là, en fait ce ne sont pas des vrais généralistes, quoi, ça m'amuse toujours. C'est pour moi justement vraiment une expertise au sens, euh, propre du terme d'accord, voilà.

*D'accord. Et donc vous, si vous deviez donner une définition du généraliste qui est expert par rapport à ses confrères, vous lui donneriez quoi comme caractéristiques plus particulières ?*

Le généraliste, il serait expert de la discipline, il a cette capacité à situer le dispositif des médecins généralistes intervenant en soins primaires dans le cadre de l'offre de santé du territoire, de la nation et il doit avoir une claire compréhension de qui et où et qui fait quoi, à la fois pour population, par rapport je dirais au dispositif médicosocial, par rapport à ses confrères, par rapport à tous les intervenants des soins primaires et par rapport évidemment aux spécialités à l'hôpital. Il doit avoir cette compréhension-là, non seulement en terme d'offre de soins, je dirais de coopération, de rivalité de territoires mais aussi une compréhension de, comment dire, des conditions budgétaires dans lesquelles cette organisation-là se fait. C'est le premier point et ensuite il doit avoir une claire compréhension, je dirais de ce qu'est la discipline elle-même, au moins dans les textes. Et, en tous cas conceptuellement, mais en même temps être capable d'accepter qu'une bonne partie des généralistes a aussi des activités connexes et, comment dire, des préférences, soit en terme de patientèle, soit en terme de pratiques, soit en terme d'organisation. Certains sont beaucoup plus impliqués dans les soins à la population et tout ça c'est aussi de la médecine, ce sont aussi des généralistes. C'est cette diversité-là qui fait l'expertise à mon sens.

*D'accord. Vous vous êtes formé, vous, à l'expertise ?*

Alors ça c'est une des plus vastes « rigoletteries » dont j'ai entendu parler. *D'accord.* Donc moi, j'ai été recruté comme expert par des gens qui cherchaient des experts sur la discipline. Ce n'est pas moi qui me suis auto-proclamé. Voilà, donc il y a eu un certain nombre d'articles, un certain nombre d'interventions, un certain nombre de productions qui ont fait que d'autres, que ça soit l'industrie, que ça soit l'Etat, que ce soit l'université, sont venus me chercher.

*D'accord. Et, euh, vous savez sur quoi ils se sont basés ? Sur le produit de vos productions, c'est ça ?*

Probablement sur les interventions qui ont été faites, en partie. Probablement sur ce qui a été écrit. Moi je ne connais pas d'expert qui n'ait pas publié. Je veux dire : ce n'est qu'en médecine générale qu'on voit des choses comme ça, des gens nommés experts sans aucune publication. Ça n'existe que dans notre discipline, donc ça veut dire que le chemin sera long (rires). C'est votre génération qui va faire ce travail (rires).

*C'est sûr. Donc, pour vous, la publication fait partie des critères, des prérequis pour être un expert en soins primaires, enfin en médecine générale ?*

Alors je pense qu'il y a évidemment un parcours personnel dans la diversité, comment dire, des activités qui permettent de pouvoir, non pas parler sur quelque chose, mais parler de quelque chose. Evidemment qu'il faut un travail de publication. *D'accord, très bien.* Je ne conçois pas une expertise ... Vous imaginez, vous, un expert de cardio qui n'a jamais publié en cardio ? Pour moi c'est une évidence. Ne serait-ce que d'avoir au moins une expertise dans un des aspects de la discipline qui est la recherche si on considère que dans la discipline il y a une partie de soins, une partie de prévention, une partie, c'est très à la mode, d'éducation enfin d'accompagnement à la santé. Il y a évidemment aussi une recherche et ça c'est quelque chose qui n'est probablement pas suffisamment encore valorisé, euh, au jour d'aujourd'hui mais ça changera.

*Oui je le pense aussi. Vous avez donc participé à des séminaires en tant qu'expert...*

On a fait appel à moi sur un certain nombre de séminaires et puis j'en ai créé un certain nombre aussi, ce qui fait que l'intervenant qui parlait au nom de la discipline médecine générale, c'était moi. Mais bon, on m'a demandé aussi de participer à un certain nombre de séminaires, mais ne nous leurrions pas, parce qu'il faut connaître l'organisation de la discipline pour ce qui est des formations de la formation médicale continue. Et ça quand on a compris comment ça fonctionne, on comprend bien que le titre d'expert est à voir avec une certaine prudence, on va l'appeler comme ça.

*D'accord. Vous avez participé à quel séminaire en dernier, sur quelle thématique vous avez participé ?*

Oh ça, j'en ai tellement que je ne pourrais pas dire.

*Par exemple cette année ?*

Ah, ben la migraine, l'insuffisance rénale chronique, l'antibiothérapie des voies respiratoires de l'enfant. Ce sont des trucs dans lesquels j'ai un peu publié aussi : l'identification précoce de la dépression. Qu'est-ce qu'on avait fait aussi, l'hypnose c'est sûr, on avait fait les troubles musculo-squelettiques, on avait fait la prescription des arrêts de travail, on avait fait les maladies professionnelles enfin on avait travaillé avec la CRAMIF, on avait monté un projet de formation. On est à l'origine des formations de l'aide aux aidants.

*D'accord et vous les faisiez sous l'égide d'une société savante particulière ?*

La société française de médecine générale.

*D'accord. Alors en choisissant parmi vos ...*

Tu sais comment ça marche là ... soit tu es dans un syndicat et tu travailles principalement comme expert dans l'association de formation des syndicats puisque les syndicats vivent en fait de la formation et non pas des cotisations, il faut oublier ça. Et donc, naturellement, les gens se cooptent entre eux, soit ce sont des sociétés savantes qui se cooptent entre elles le plus souvent, soit des trucs comme l'UNAFORMEC, je ne connais pas leur processus, ou des associations locales mais ce sont eux qui vont représenter la médecine générale. Donc si tu veux être expert en formation dans le cadre de la médecine générale aujourd'hui, je sais pas, si je fais intervenir un expert sur la migraine c'est quelqu'un qui a derrière lui une dizaine de publications sur la migraine, tu vois, en général un PUPH qui publie sur le domaine qui est côté comme expert, voilà, il y a une vraie expertise, c'est à dire qu'il y a une spécialisation sur ce domaine et il y a des publications dans un des aspects de la spécialité, donc là on sait de quoi on parle.

*Oui, mais est-ce que dans notre pratique ça va nous apporter quelque chose ?*

Mais cette idée que le dialogue avec d'autres nous apporterait pas grand-chose est une idée, comment dire, post-soviétique. Il y a une génération d'insatisfaits, à juste titre, qui a milité pour que la médecine générale existe etc.. Ben ça y est, elle existe, elle a des postes à l'université, il faut revenir au bon sens, on est tous des médecins et il est nécessaire d'avoir, ne serait-ce que pour le patient, de développer des processus coopératifs. Et je sais, nous on a travaillé par exemple avec D. qui est un des grands noms de la néphro, qui a monté le site ICAR, qui est un gars qui essaie vraiment de faire bouger les choses et le fait de nous rencontrer à la SFMG, qu'on dialogue ensemble pour voir comment on pouvait monter quelque chose qui ferait progresser les gens a permis de faire une formation sur la maladie rénale. Les gens qui participent, que ça soit dans le cadre du DPC présentiel, par groupe de pairs ou informatisés, trouvent ça remarquable. Ils ont vraiment des changements de comportements, une meilleure compréhension de la prise en charge. On a un outil qui leur permet d'adapter les doses de médicament à leur pratique, ils trouvent ça absolument génial. Et ça c'est une coopération avec les néphros et écouter un néphro te parler de ce que c'est la maladie rénale c'est une merveille, on apprend beaucoup de choses mais chacun reste à sa place, hum, et le néphro te dira : « ...mais ne m'emmerdez pas avec des gens qui ont plus de 30 ml, quoi... ». Et c'est dit clairement donc cette idée que le fait d'être médecin généraliste donne une connaissance infuse de quelque chose, vraiment c'est détestable. Je pense que c'est le fait de gens qui ont de vrais problèmes de personnalité et, comment dire, de manque d'affirmation de soi, on va dire comme ça.

*En choisissant parmi les séminaires où vous avez participé en tant qu'expert, vous pouvez me décrire un peu comment vous les préparez, quel matériel vous utilisez ?*

Ben, comme tout le monde, hein, je veux dire, on cherche les publications les plus récentes dans le domaine, on voit celles qui vont concerner plus spécifiquement la médecine générale, on puise dans les travaux que, nous, on a mené au sein de la SFMG dans ces domaines. On dispose quand même de la base de données de l'observatoire qui donne quand même une bonne idée de la réalité de la pratique, en tous cas de où sont les difficultés. Et puis on voit un petit peu comment les institutions, l'industrie et les patients se positionnent par rapport à la problématique. *D'accord.* Je pense qu'on a, à ce moment-là, une assez bonne vision de quels sont les points qui méritent vraiment notre attention et sur lesquels il faut appuyer. On travaille toujours en groupe, hein, moi c'est toujours un travail collectif, je travaille toujours à plusieurs.

*D'accord. Je suppose que dans votre expertise vous étiez souvent associé avec un expert de la spécialité ?*

Pas toujours, en général on retourne le projet avant et c'est une fois qu'on l'a pondu qu'on va le leur soumettre en leur disant : « ...écoutez voilà notre vision du problème en tant que généraliste. Quels sont les points importants pour vous ?... ». Et ce qui est vraiment intéressant, c'est que la plupart d'entre eux apprécient beaucoup cette façon de travailler parce qu'évidemment, eux, en tant que spécialistes, ils n'ont pas les mêmes points de vue sur la prise en charge, mais ils comprennent bien qu'ils sont dans un effet de filtre. Et donc on essaie de voir comment on peut faire de la formation dans laquelle la coopération deviendrait intelligente, quand c'est possible. Par exemple, quand on avait travaillé avec la société française de psychiatrie, on a travaillé deux ans sur les courriers. C'était passionnant et savoir quels sont les éléments que des psychiatres auraient aimé avoir dans les courriers, quels sont les éléments que le médecin généraliste aimerait avoir et pour quelles raisons, c'était vraiment très intéressant.

*D'accord. Ca vous arrive quand même d'être binomé, enfin d'avoir un comparse spécialiste ?*

Ah oui, toujours.

*Toujours ?*

Ben, toujours, euh, non, en hypnose non puisqu'on est des généralistes et puis je fais un truc où c'est l'hypnose pour les médecins généralistes. Non, sur la migraine il y avait cet expert. Disons que quand il y a une expertise de la médecine générale on est toujours deux, dépression aussi, médecine du travail, la même chose. Non, on travaille toujours avec des gens dont c'est le ... et la plupart des médecins généralistes préfèrent venir dans des formations dans lesquelles il y a ces duos-là. Quand on a fait lymphome à la demande d'une association de patients, on a travaillé avec une chiée de cancéros, d'hématos, il y avait plusieurs spécialités, hein.

*Donc vous l'avez évoqué, vous, pour vous elle est complémentaire. Est-ce que parfois il vous arrive d'avoir, sur certaines thématiques des avis qui sont divergents et à ce moment-là comment vous le gérez par rapport aux participants ?*

Ah, la plus grande aventure de ma vie ça a été de, enfin le truc le plus marrant que j'ai fait, ça a été de participer à l'élaboration du référentiel sur la dépression avec la HAS. Là on comprend qu'il y a quand même un marché, là on comprend ce que ça veut dire le marché des territoires ou sur la maladie d'Alzheimer parce que, quand même, les médecins généralistes avaient pris des positions assez fermes qui n'ont absolument pas été mentionnées dans le rapport de la HAS, ça a disparu alors qu'ils ont continué à mentionner notre participation. Oui, là il y a des divergences sous l'autorité de l'Etat, ouais. Quand ce sont des divergences entre spécialistes ça ne pose pas de problème, dès qu'il y a un rapport d'autorité et en particulier s'il y a la HAS derrière, c'est une vraie calamité.

*D'accord et dans vos séminaires...*

Dans mon expérience. Peut-être que d'autres ont des expériences différentes mais dans mon expérience, c'était vraiment calamiteux. C'est une des raisons pour lesquelles, ça et le fait

d'une politique de liens d'intérêts à la con, font que je ne fous plus les pieds dans cet organisme. Alors que je vois certains confrères se précipiter comme si c'était un titre, quoi. On peut avoir des points de vue iconoclastes.

*Tout à fait et au sein de vos expertises, ça vous est arrivé aussi d'être en désaccord avec vos collègues ? Sur une prise en charge, sur une conduite à tenir ?*

Non, ce n'est pas trop là-dessus, la prise en charge et les conduites à tenir ce sont des trucs qui relèvent, je dirais de l'alchimie... Bon, quand il y a des désaccords c'est de savoir s'il faut prendre un gramme de ceci ou trois carrés de sucre, c'est pour des prises en charge, enfin ces terrains-là ne sont pas intéressants pour moi. Dans la maladie d'Alzheimer on se dit qu'on a fourgué des tas de merde à des tas de gens alors que, comment dire, le périmètre d'action était quand même très questionnable. On l'a dit, on n'a pas été entendu, hein. Non les disputes avec les confrères, dans la mesure où l'on travaille en groupe c'est assez peu souvent. Enfin, nous, c'est une méthode de travail, l'expertise à mon avis se travaille comme ça. C'est souvent un travail collectif, l'expert par définition, normalement, s'il n'est pas trop gonflé par son expertise, il va proposer à d'autre de travailler sur la question pour essayer de comprendre quels sont les points de vue des généralistes ou si les spécialistes, comment dire d'un anthropologue, d'un sociologue. C'est cette diversité des points de vue qui a amené l'expertise. Quand on a travaillé sur, euh ... on nous a demandé d'intervenir sur les problèmes d'indication de la vaccination, on a travaillé vraiment avec pas mal de gens avant de présenter un travail dans ce domaine-là. Quand on m'a demandé d'intervenir au commissariat au plan sur l'avenir du médecin traitant, au moment de sa naissance et plus tard, je n'ai pas travaillé tout seul. La-dedans, la discussion va se faire plutôt quand on est avec des experts, mais sans le dire, hein. Surtout quel est le point le plus susceptible d'être un levier de changement ou un obstacle majeur par exemple. Si vous parlez de la question de la vaccination en médecine générale, je suis sûr que tout le monde va se précipiter, disons que la plupart des gens se précipiteront sur le fait que : est ce qu'il faut faire tel vaccin, pas tel vaccin, en l'état des connaissances, vous voyez ? Or la question de la vaccination, si on la pose en termes de santé publique, ne se pose pas en ces termes-là, enfin, peu dans ces termes-là. Enfin moi, les difficultés que j'ai, c'est plutôt, voilà, on a telle thématique, ce sont quoi, les leviers ? Ce sont quoi, les obstacles ? C'est ce qu'on met en avant dans l'expertise. Evidemment ça va dépendre à qui on s'adresse. Si je m'adresse à des médecins sur la vaccination, l'expertise ne dira pas du tout la même chose que si c'est à l'Etat. L'expert, il ne travaille pas dans le vide, c'est comme une publication, vous vous adaptez au public auquel ... Voilà, et si vous faites une expertise pour l'industrie, sur une question donnée, ben, vous ne direz certainement pas la même chose (rires) qu'au ministère ou qu'à vos collègues.

*D'accord. Vous avez parlé tout à l'heure du DPC. Vous pensez que le DPC va emmener une autre forme d'expertise pour ceux qui vont intervenir en tant qu'experts ?*

Non, bien sûr que non. Mon point de vue sur la question, c'est que la formation médicale continue, quoi qu'obligatoire, n'a attiré qu'un très faible nombre de médecins dans des processus, au moins de présence, quoi. Et ce qui était prédominant et qui reste d'ailleurs prédominant, je crois, ce sont les trucs, en fait de quartier, où l'on peut se retrouver entre praticiens de différents types sur une thématique donnée. Après, vous avez des formations plus ou moins validantes, alors celles qui sont intra-professionnelles comme le FAF, financé par la profession de façon obligée mais ce sont quand même des fonds qui sont gérés par la profession, ça fait que, jusqu'à présent, une certaine, euh, liberté de tons et de thématiques, ce qui est assez appréciable je trouve, avec en général des formations de qualité quand ce qui est fait correspond à ce qui est écrit. Et puis vous avez cette formation indemnisée par les caisses dans lesquelles, quand même, ce sont les caisses qui vont diriger les thématiques et alors ce qui est très drôle, c'est que pendant des années tout ce qui était l'approche, je dirais psychosociale des genres, les formations à l'écoute active, c'est quand même nous qui les avons mises sur le marché. Toute la prise en charge non médicamenteuse n'a jamais été acceptée, jusqu'au jour où on a fait miroiter que ça pouvait

faire des économies, quoi. On voit bien qu'on est dans un promoteur qui joue son rôle de promoteur et moi je comprends très bien qu'un assureur dise : « ...écoutez c'est moi qui finance donc vous faites des thématiques qui à priori sont des thématiques dans lesquelles, où on a, nous, une espérance d'amélioration de la qualité des soins apportée aux patients avec des économies de coûts sensibles, puisque l'argent n'est pas infini donc on met du pognon là où ça paraît être le plus important... ». Et en face de ça, des organismes professionnels, dans lesquels la qualité s'est quand même installée avec les années, mais bon, l'OGC c'est quoi ? C'est 20 % de la population, donc ce n'est pas beaucoup, un quart des mecs et un quart des mecs qui viennent souvent et dont une partie ce sont les experts. C'est finalement une pénétration assez faible. Donc la HAS et l'IGAS ont fait un rapport en disant qu'évidemment la gestion de ce truc par des gens qui étaient juges et partie, c'est à dire au conseil scientifique, les experts nommés par les syndicats (rires) qui eux-même avaient des associations de formation, apparaissaient quand même (rires), une ficelle très grosse (rires). On a retrouvé des dossiers entiers chez d'autres. Il y a deux trois dossiers où ils font la même chose, mais chez eux, ils ne citent même pas les auteurs, ce n'est pas bien (rires). Il faut dire que chez les médecins, quand on parle de pognon et quand on parle d'organismes de formations, les réflexes sont vraiment des réflexes dignes du commerçant en informatique si vous connaissez ce biais et donc je ne pense pas que le DPC rajoute de la confusion à la confusion. Il y avait un truc qui marchait très bien qui était le CMFMC, qui n'était pas mal avec ses histoires de points, c'était un peu lourd à gérer, mais c'était pas mal. Nous, on avait vraiment vu que les médecins venaient quand même. Il y avait une montée en charge très très nette avec le gros avantage, c'est que tout type de formation était accepté, c'est à dire qu'il n'y avait pas d'argument d'autorité sur comment il faut former les gens et là on est parti dans un truc à la con et imposé par la HAS et que le fait d'avoir une pratique réflexive entraînerait des changements de comportements obligés. Et donc, il faut non seulement faire des formations réflexives, ça se discute, et en plus il faut prouver que ça a un effet. Donc on propose un truc qui est une usine à gaz extraordinaire puisque comme il n'y a pas d'informatique pour prouver qu'il y a un effet, c'est une vraie galère. C'est totalement imposé par la HAS dans une idéologie des changements de comportements qui n'a aucun sens, c'est à dire qu'on est manifestement avec des gens qui ne comprennent rien aux comportements dans des groupes, éventuellement sociaux ? Ca ne rime à rien. Là-dessus, les idéologues, moi je les appelle les éducatologues, les différents syndicats se sont embréchés là-dedans pour prendre des machines à tuer invraisemblables avec une conviction absolue, comme s'ils avaient fait, euh, ..., comme si la pédagogie était vraiment leur spécialité. Non, moi je suis très critique par rapport à ça. Le seul truc qui est bien c'est que c'est bien payé et que donc les médecins viennent plus (rires), mais ça ne va pas durer, dès qu'il y aura suffisamment de merlans, pouf, ils vont arrêter de semer les graines.

*Et qu'est-ce que vous souhaiteriez, vous, pour l'avenir, pour l'expertise en médecine générale ?*

Ah ben, moi, je n'ai pas de souhait pour l'expertise en médecine générale, hein. Ben non, je pense qu'il y a une question d'expérience professionnelle diversifiée qui est très importante. Il y a le fait d'être passé dans différentes institutions, les syndicats, le conseil de l'ordre, les études également, d'économie aussi, un petit peu, et que ça ne se décrète pas. Pas de diplôme particulier, je veux dire ce qui fait l'expertise ce sont les autres. Enfin moi, mon point de vue, c'est que, ce n'est pas moi qui dit que je suis un expert, ce sont les autres qui me disent : « ... tiens, tu viens là-dessus parce que ton point de vue, ça va être de la médecine générale, voilà, c'est global, c'est machin, c'est truc, c'est argumenté, c'est documenté... ». Je ne suis pas certain qu'en se mettant expert auto-proclamé et ne travaillant pas avec les autres spécialités, on arrange les choses. Je ne suis pas certain, j'ai une position très dubitative sur les stratégies développées par nos confrères experts en médecine générale, comme on dit. *Très bien, bon, ben, écoutez je vais vous remercier.*

## Entretien MG10

*CB : Bonjour docteur G. Donc je vais vous proposer de commencer.*

*D'abord je vais vous demander si ça vous ennuie pas que j'enregistre notre conversation pour éviter d'utiliser mes phrases à la place des vôtres.*

*MG10 : pas du tout.*

*Alors dans un premier temps je vous propose de vous présenter : votre parcours professionnel et vos activités en dehors du cabinet liées à la médecine, pour qu'on situe un peu votre profil.*

Alors, je suis médecin généraliste, maître de stage. J'ai été très impliquée dans la formation continue, plus que dans la formation initiale, même si actuellement je suis moins impliquée dans la conception de séminaires. Mais il y a environ dix ou quinze ans, j'ai organisé, animé et écrit des séminaires de formation pour l'OGC ou autres. J'ai été membre de la fédération départementale de formation continue et de la fédération régionale, j'ai été représentante de la région dans une structure de formation qui s'appelle l'UNAFORMEC. Toujours dans le cadre de la formation continue, je suis membre d'une société savante qui s'appelle la SFDRMG et par le biais de cette SFDRMG, je travaille dans différentes instances. Un petit peu au niveau du collège de la commission des recommandations et je travaille à la Haute Autorité de Santé, actuellement à la commission de validation des recommandations. Mais j'ai participé aussi à de nombreux groupes de travail et d'écriture de recommandations. Sur le plan de la FMI, je suis maître de stage, j'ai siégé au département de médecine générale en tant que représentant des maîtres de stage et je resiège pour trois ans. Je siège au conseil de fac comme personnalité extérieure et puis je pense que c'est à peu près tout.

*Au niveau de votre activité au cabinet, votre patientèle, elle est plutôt diversifiée ?*

Oui, elle est plutôt diversifiée. En vieillissant j'ai moins de nourrissons et de petits enfants mais j'ai des enfants, des adolescents, oui. J'ai quelques personnes très âgées mais je suis plus dans la tranche avant 65 ans que dans les extrêmes autrement.

*D'accord. Au niveau de votre rythme de travail au cabinet ?*

Je travaille tous les jours de 8h à 19h, heure du dernier rendez-vous, c'est à dire le lundi, le mardi, le jeudi, le vendredi matin de 8h à 13h et le samedi pareil.

*D'accord, on va rentrer dans le vif du sujet du coup. Que représente pour vous l'expertise en médecine générale ?*

L'expertise en médecine générale, c'est une fonction à côté de celle..., enfin c'est autre chose que d'être médecin généraliste, c'est à dire que l'expertise en médecine générale ça inclut mes connaissances, ma pratique de généraliste. Effectivement, le fait de travailler et de pratiquer tous les jours, ça vous donne une expérience qui est utile à l'expertise, mais l'expertise c'est aussi d'avoir réfléchi à ce qu'est la médecine générale, à quelles sont ses spécificités et à lire et à écrire des choses dans le sens du soin primaire. Donc ça nécessite un travail supplémentaire de celui du soin, c'est effectivement un travail de recherche, de lecture, d'analyses critiques, voilà.

*D'accord, alors dans la définition de l'expertise, sur le plan littéraire il est dit qu'il y a une reconnaissance par ses pairs, qu'est-ce que vous en pensez ? Qu'est-ce qu'elle représente pour vous ?*

(Silence) Oh je crois que ça vient de fait, ça. Comme on n'est pas très nombreux à avoir cette expertise et que quand même les pairs mesurent bien que notre expertise est liée à un travail de réflexion un peu différent et un peu plus poussé sur la profession, que ce soit sur la vie professionnelle ou la fonction du généraliste. Je pense effectivement que quand vous avez fait ce travail et ces formations et quand vous travaillez comme ça, la reconnaissance par les pairs, elle est acquise. Effectivement, on a une place un peu différente quand on est passé à cette expertise.

*D'accord et pour vous il faut qu'elle soit formalisée cette expertise. Par la publication ?*

Pas forcément par la publication, mais c'est un autre travail que le travail de soin uniquement. C'est à dire que c'est un autre travail, oui, le soin en fait partie mais ce n'est pas la même chose tout à fait, l'expertise pour moi ce n'est pas l'expérience. Alors publier, oui, mais enfin il y a des puristes qui diront que c'est important. Je pense que ça passe par des fonctions, il faut savoir d'abord effectivement faire de la bibliographie, être formé à la lecture critique de la formation, ça sûrement, et puis savoir faire des recherches, quoi.

*D'accord, heu, vous vous êtes formée à l'expertise ?*

Ah oui, je me suis formée (rire).

*De quelle manière ?*

Je me suis formée parce qu'il y a eu une grosse réflexion dans ma structure de société savante. A un moment on s'est posé la question de savoir ce qu'était l'expertise généraliste, donc qui est une réflexion un peu commune et, heu, puis j'ai participé à des séminaires de formations à l'expertise en soins primaires, en médecine générale.

*Ils étaient étiquetés expertise ou alors c'était des modules ?*

Dans le premier il y avait un module expertise, dans un séminaire sur la lecture critique ou de choses comme ça, mais le deuxième était étiqueté expertise. Je ne sais pas si j'en ai fait deux ou trois qui étaient vraiment étiquetés expertise généraliste.

*D'accord. Donc je suppose que vous avez participé à des séminaires en tant qu'expert généraliste, quels sont les derniers auxquels vous avez participé ?*

Ah oui, j'ai participé en tant qu'expert généraliste à un module sur les pathologies de la main en soins primaires. Je ne sais plus si je n'étais pas expert sur les dépistages des troubles auditifs et visuels du nourrisson. Comme on me demande souvent à l'arrache donc je ne me souviens plus de tous les séminaires. Mais j'en ai fait un certain nombre, oui.

*Le dernier que vous avez fait, c'était il y a longtemps ?*

C'était un séminaire conventionnel, donc ça doit faire deux ans et je pense que c'était sur la main.

*Alors, lors de vos séminaires, comment avez-vous construit votre expertise pour la partager ensuite avec les participants ? Comment vous faisiez quand on vous remettait le sujet, comment vous l'établissiez ?*

Je le fais comme quand j'écris un séminaire. C'est à peu près la même chose quand j'écris un séminaire, c'est mon expertise qui rentre en jeu. C'est à dire que je fais des recherches tant sur les données épidémiologiques que sur les différents types de prise en charge. J'essaie de voir quelles sont les différences de prise en charge, quelle est la différence de problématique, ce n'est pas la prise en charge sur le sujet en soins primaires et en soins secondaires. Voilà, enfin c'est grosso modo. Mais c'est un travail effectivement de lecture, de recherche. Je parle de mon expérience, souvent j'interroge aussi mes confrères, mais notre expérience ne suffit pas, donc après je vais vérifier dans la littérature si, heu, les données de mon expérience sont bien les données décrites dans la littérature s'il y a des données, on commence à en avoir mais il y en a pas eu toujours beaucoup.

*D'accord, et, heu, quand, heu, vous construisez vous dites que vous utilisez la bibliographie. Quelles sont vos principales sources de recherches bibliographiques ?*

Qu'est-ce que vous voulez dire ? Dans quoi je regarde ? Ah, ben dans plein de choses. Je peux utiliser des bases de données PUBMED, j'ai des gens qui moulinent un peu pour moi. Donc, des revues de soins primaires comme Médecine, Prescrire, j'utilise le bibliomed mais j'utilise aussi les données de l'observatoire régional de la santé de l'INPES, enfin j'utilise les recommandations qui sont qui très peu souvent des recommandations de soins primaires. J'utilise, heu, des publications canadiennes parce que les canadiens écrivent beaucoup en soins primaires, ça peut aussi être suisse, belge ou des sites que je connais et voilà.

*D'accord. Et ça m'est arrivé aussi d'utiliser des bases de données en sociologie, enfin c'est un peu varié.*

*Vous avez dit que vous utilisiez votre propre expérience. Comment vous l'incluez dans votre expertise ?*

Je l'inclus de deux façons parce que, quand même, quand on me propose un sujet, mon expérience est la première chose que j'ai sous la main. Et à ce moment là je me dis : « ... voilà ce que je fais... » et j'essaie de vérifier si ça correspond à ce qui est décrit dans la littérature. Si ce n'est pas du tout ça, mon expérience elle vaut ce qu'elle vaut, ce n'est qu'une petite part. Je l'utilise d'une deuxième façon, c'est que quand j'ai retrouvé des données dans la littérature qui sont assez concordantes avec mon expérience ou avec ma façon de faire et que j'ai en face de moi des participants qui sont assez réticents, qui ne voient pas comment mettre ça en œuvre, j'utilise mon expérience pour leur expliquer comment certaines choses sont faisables. Ça c'est faisable parce qu'on peut le faire de telle ou telle façon. Je l'utilise plus pour essayer de démontrer aux gens que... souvent dans les formations, les gens ont l'impression qu'y a des freins à plein de choses, on leur dit, on leur demande de faire des choses et y a des freins tout le temps. Heu, là où j'utilise mon expérience, je pense en me disant que moi aussi j'avais l'impression que c'était un frein, puis en fait, en regardant je... et puis j'utilise mon expérience (long silence) beaucoup dans l'évaluation des pratiques, c'est à dire que quand je propose, maintenant, en tout cas mon expérience me sert beaucoup quand les gens ont envie d'améliorer, de mettre en place des outils d'amélioration de pratique et parce que j'ai beaucoup pratiqué ça . Mon expérience permet aux gens d'imaginer que c'est possible, je ne sais pas si je m'exprime bien. (*Acquiescement*).

C'est-à-dire, oui, d'imaginer qu'il y a des choses possibles, oui je crois. Et puis mon expérience, je l'utilise, par exemple je pense aux troubles neuro-sensitifs, quand heu, mon expérience je vais l'utiliser en me disant, voilà, moi ce que je fais en fait, les données de la science c'est ça et est-ce que ça sert à quelque chose ? Et mon expérience elle me sert à me dire je fais ça mais visiblement j'ai l'impression que ce que je fais ne sert à rien. Et c'est à partir de là que je travaille, je vois si effectivement si c'est parce que je fais mal et donc après ça je peux le retransmettre.

*D'accord. Du coup quand vous êtes expert dans ces séminaires votre temps de parole ...*

C'est éminemment variable d'un séminaire à l'autre, c'est à dire qu'on se répartit normalement le temps de parole, heu. Chacun prend la parole à son tour et il peut être d'un quart d'heure par séquence, il peut être beaucoup plus long si en particulier il y a des divergences avec l'expert spécialiste. Alors là, effectivement, il faut défendre son bout de gras. Donc c'est très variable le temps de parole. Oui oui, c'est très variable. *D'accord.* L'expertise généraliste dans une formation, elle est là pour rappeler aux participants qu'il y a une spécificité en soins primaires, que les soins primaires ce ne sont pas les soins secondaires. Pour aider les participants à exprimer au spécialiste de soins secondaires leurs difficultés à mettre en œuvre, en particulier, certaines recommandations. Moi, je vois quand je travaillais à la HAS, notre boulot c'était d'expliquer qu'il y a des recommandations qui peuvent même reposer sur les données de la science mais qui sont inapplicables et donc on est là pour ça aussi. Donc c'est très variable le temps de parole. Je ne me sens pas frustrée, moi, si je n'ai que dix minutes de temps de parole si tout a été dit, si visiblement les participants sont bien dans la position et ont bien compris que les soins primaires avaient des modalités de prise en charge particulières. Moi, je ne revendique pas forcément un temps de parole très long.

*D'accord, le temps de préparation en tant qu'expert pour un séminaire ?*

C'est long.

*Vous arriveriez à le chiffrer à peu près ?*

Alors, par exemple, je peux chiffrer, c'est très différent. Les deux derniers séminaires dont je vous ai parlé, j'ai écrit les séminaires de A à Z donc j'avais déjà beaucoup fait de travail et d'expertise généraliste. L'écriture ça été, heu, plusieurs jours, je n'ose pas vous le dire, ça été plusieurs jours. La deuxième chose, alors, après bien sûr, j'ai plus à refaire, enfin j'ai à réactualiser ces choses là mais je n'ai plus à refaire tout ce travail. Mais je pense qu'un bon expert généraliste pour un séminaire de deux jours, entre les recherches biblio, les machins,

il a pour trois ou quatre jours de travail complets, je ne parle pas de soirées, je parle de trois ou quatre jours de travail complets. Oh, facile, oui oui.

*D'accord.*

C'est ce que fait un étudiant avec son RSCA. Quand moi je corrigeais un RSCA dans, heu, je suis dans la position d'expert généraliste et je lui dis toujours, ben, recherchez et ça prend du temps.

*(Acquiescement) Vous avez été confrontée avec des collègues experts spécialistes ?*

Oh oui, beaucoup je suppose, isolés ou en groupe.

*Oui, vos, votre vision, globalement, était plutôt complémentaire, divergente et quand elle était divergente comment vous arriviez à trouver le consensus pour avoir un discours cohérent auprès de vos participants ?*

J'ai eu les deux, j'ai eu des expertises complémentaires, c'est-à-dire des gens qui avaient tout à fait conscience, pas forcément de la spécificité, mais d'une prise en charge qui pouvait être différente en soins primaires et en soins secondaires. J'ai eu des gens qui étaient tout-puissants avec des « y a qu'a, faut qu'on » et puis c'est comme ça. Alors là, l'expertise, comment on y arrive ? Ben, simplement, parce qu'il faut travailler. Quand on est expert généraliste et qu'on intervient, on travaille comme un expert spécialiste, c'est à dire que l'expert spécialiste, quand il intervient sur un sujet, il a fait le même travail que nous, c'est que ça ne peut pas être un avis d'expert, une expertise généraliste. Les médecins généralistes devraient refuser l'avis d'un expert unique, c'est à dire que ça peut être un consensus d'experts, ce qui sont deux choses différentes. Et puis un expert peut donner son avis en disant : « ...moi, écoutez, je fais comme ça parce qu'il n'y a pas de consensus... », ça c'est complètement entendable, mais il l'annonce et il le dit et là il n'y a pas de difficulté. Donc dans les groupes, en particulier les groupes de travail sur le plan local, quand vous parlez d'expertise, au bout d'un certain temps vous êtes connu, donc les experts spécialistes ne viennent pas trop se frotter parce qu'ils savent qu'en face on va venir contrecarrer leurs dires. Mais dans des groupes, en particulier sur les recommandations, heu, la seule façon d'avoir la parole et de dire les choses, c'est d'apporter des preuves, des niveaux de preuves et alors ça, effectivement, la formation à l'expertise, moi, ça m'a changée. Ca a changé ma place dans les groupes de travail parce que quand j'arrive et quand j'affirme quelque chose, je peux dire il y a eu telle étude, il y a eu tel machin, il y a eu telles données qui sont sorties et ça, il n'y a que comme ça qu'on peut se faire croire parce que ce n'est pas mon avis à moi, de généraliste. Alors quelquefois, on est amené à les donner sur des trucs parce que, bon, heu, mais globalement on se fait respecter dans un groupe, au même niveau d'expertise, si on fait ce travail-là.

*D'accord et donc, ça, c'est plutôt en amont que vous le faites ?*

Oui.

*Parfois il arrive que ça se fasse pendant l'intervention ?*

Pendant l'intervention ... si c'est un séminaire moi je peux dire : « ...écoutez ce que vous nous dites là, ça ne me semble pas être la réalité, je vais faire quelques recherches et j'informerai les participants si ça les intéresse, je leur donnerai la réponse... ». Tout expert, quel qu'il soit, a le droit de pas avoir la réponse immédiatement. Et puis pour mes expériences, dans les groupes de travail de la HAS, comme on est un certain nombre d'experts généralistes, il y en a toujours un qui finit par avoir la réponse si l'autre ne l'a pas, donc on est assez complémentaires. Et sauf d'avoir des gens imbuables, en général ça se passe plutôt bien dans les groupes, ils sont plutôt assez contents, sauf quand les enjeux ne sont pas des enjeux scientifiques mais des enjeux de pouvoir.

*(Acquiescement) Par rapport aux intervenants, est-ce que vous avez déjà eu des retours ?*

*Quel était le retour par rapport aux participants quand vous étiez expert en soin primaire ?*

Dans les séminaires ?

*Oui dans les séminaires. Est-ce qu'ils avaient une vision particulière ? Comment vous étiez perçue ?*

Il y a deux types de réaction des participants, il y a ceux qui disent : « ... ils m'agacent, c'est toujours pareil, elle a des idées mais ce n'est pas comme ça que ça se passe... » et il y a ceux qui vous disent : « ...vous avez de la chance de pouvoir réfléchir... », donc à qui il faut expliquer que ce n'est pas de la chance, c'est du travail et que cette fonction là tout le monde n'a pas forcément envie de faire ça et que ce n'est pas une obligation pour tout le monde mais qu'il faudrait quand même que chaque médecin ait dans la tête qu'il y a des gens qui travaillent en soins primaires et que ce qu'ils disent c'est aussi valide que ce que transmettent les leaders d'opinion en soins secondaires. Et puis il y a des gens qui disent que, quand même, les données, ça change beaucoup de choses, quoi, quand on les leur donne, quand des chiffres en soins primaire, ça modifie leur pratique, qu'ils voient les choses un peu différemment. Donc je pense qu'on a tout type de gens. Il y a des gens que ça énerve, qui n'ont pas du tout envie de ça, qui ne réalisent pas qu'on leur fait une formation pour des patients qui ne sont pas ceux qu'ils voient. Puis ça, c'est impossible de changer ça. Quand le spécialiste, du coup, réalise que les patients dont il parle ne sont pas ceux qu'on voit, nous, c'est très intéressant parce qu'il y a des spécialistes qui sont des gens vraiment remarquables et qui peuvent complètement modifier...Moi, j'ai vu travailler un ophtalmo et avec plein d'autres, mais cet ophtalmo là, quand il a vu la tournure des choses, il a parfaitement compris quels étaient nos besoins de formation, hein et ça peut être extrêmement profitable. Je pense que les troubles visuels et les troubles auditifs, on a eu des experts qui étaient assez réticents au début, puis qui se sont parfaitement prêtés mais du fait de l'intervention de l'expert généraliste et alors là, ça change complètement le séminaire.

*(Acquiescement) D'accord, en parlant de séminaire, la forme va changer avec le Développement Professionnel Continu, le DPC. Est-ce que vous pensez que la place de l'expert généraliste va changer ? Est-ce qu'elle va prendre une place différente ?*

Je ne suis pas sûre qu'il y ait besoin d'un expert généraliste en DPC, s'il est fait par des généralistes pour des généralistes. Il suffira, ça dépend de quel DPC on parle, que les concepteurs de DPC aient inclus, dans la préparation, des experts généralistes. Si la séquence DPC ... oui, ça dépend quelle forme il va prendre parce qu'il y aura plusieurs DPC possibles quand il y a plusieurs formes (*acquiescement*), le problème c'est que je suis là un peu embêtée puisque comme je me suis très impliquée dans l'évaluation des pratiques .... Alors, ce que mon expertise généraliste me donne, en particulier dans la phase évaluative, c'est que je n'accepte pas forcément les critères d'amélioration de qualité qui nous sont fournis par la HAS comme les critères dont moi j'ai besoin. Alors là aussi, probablement que l'expert généraliste va avoir pour fonction de faire prendre conscience aux participants de la façon dont il travaille et probablement aussi de revoir les objectifs à la baisse pour avoir des objectifs applicables parce qu'un des problèmes, là aussi, c'est « y a qu'à, faut qu'on » mais ce n'est pas applicable sur le terrain, les trois quarts des pratiques. Il va falloir effectivement qu'on accompagne les gens dans les mises en œuvre de ce qu'ils vont décider. Et puis là on va avoir une place, tout à fait, dans les recommandations de bonnes pratiques parce que beaucoup de DPC vont partir des recommandations de bonnes pratiques et là il vaut mieux qu'il y ait des généralistes quand même, qui dans le cadre des recommandations rappellent que les recommandations en soins primaires ne peuvent pas être les mêmes qu'en soins secondaires. Alors je pense qu'on aura toute notre place là-dedans et puis probablement d'accompagner des groupes effectivement mais pour le moment, moi, les DPC que j'ai vu mettre en œuvre... Je pense quand même que d'avoir des experts généralistes dans un groupe de formation qui va se mettre au DPC ou dans un groupe eDPC, ils vont booster le groupe parce qu'ils ont déjà pensé plus loin. Je pense que la spécificité de l'expertise généraliste c'est qu'elle n'est pas que sur le terrain, elle fait avancer le "schmilblick" en réfléchissant en amont. Je crois que ça va être ça notre place mais le travail sera le même, (*acquiescement*) ça ne changera pas qu'on ne peut pas être des experts généralistes sans avoir effectué un minimum de travail avant. L'expert généraliste, il ne vient pas donner son expérience, c'est clair. Je crois que ce n'est pas comme ça.

*D'accord. Est ce que vous souhaiteriez des choses particulières pour l'avenir du, de l'expertise en médecine générale ?*

Qu'on soit bien payé (rires). Ça demande du temps et le problème c'est qu'on n'a pas de temps libéré, c'est qu'on le fait toujours en plus du reste et que je pense qu'on ne peut pas être expert généraliste si on n'est pas en activité, ça je crois que c'est l'un des critères. Enfin on peut l'être six mois mais après on ne peut plus l'être. Et puis d'un autre côté, pour bien le faire, il faut beaucoup de temps, pour faire ça sereinement, donc moi je souhaiterais effectivement qu'il y ait du temps de dégage. Et puis il y a un paradoxe quand même, qui est le paradoxe français, c'est que plus vous êtes expert moins vous êtes payé (*acquiescement*) et qu'il y a un moment, si on veut continuer que des gens se forment à l'expertise, il faudra bien les payer en tant qu'expert parce que je pense qu'effectivement, quand on a fait ce travail de formation à l'expertise, on ne voit plus les choses de la même façon, même dans sa propre pratique professionnelle. Moi l'expertise généraliste a fait que ça fait longtemps quand même que j'ai l'impression que ma formation, ce n'est pas simplement de l'information et que surtout dans ma pratique j'ai besoin des avis spécialisés mais j'attends du spécialiste qu'il me donne un avis sur un patient mais en tout cas je ne veux pas du spécialiste qu'il m'explique comment je pourrais faire. Je ne sais pas si j'explique bien. Parce que l'expertise généraliste, on l'utilise aussi auprès du patient. Il n'y a pas que dans la formation qu'on va poser des questions, mais au niveau du quotidien on est expert au niveau du patient, on est ni le papa ni la maman mais on a une expertise et on a quand même l'obligation de fournir au patient des informations, le plus bel exemple, ce sont les vaccinations quand même, c'est que quand on propose à la patiente une vaccination, il faut lui expliquer pourquoi on lui propose : si c'est une prévention individuelle, une prévention collective, je ne parle même pas des effets secondaires, mais, heu, il faut l'informer et ça c'est notre expertise, d'accord, que donc, heu, oui, donc alors effectivement qu'on soit un peu ... qu'on ait du temps et de l'argent ce serait bien très bien.

*Bon, ben, écoutez, merci.*

**Titre de thèse : Experts en soins primaires : qui sont-ils?**

**Entretiens semi-dirigés d'experts généralistes français**

---

## RESUME

Bien que la médecine générale soit une spécialité avec un cadre défini en France et sur le plan international par l'OMS et la WONCA, la définition de l'expertise en soins primaires reste floue. Les objectifs de cette étude est donc de définir les caractéristiques et le rôle des experts généraliste dans la Formation Professionnelle Continue. L'étude a été menée sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de 10 experts en soins primaires. Il apparaît que l'expert est un médecin généraliste réflexif dont la spécificité est le domaine de la décision médicale. Son rôle principal est de veiller à ce que les problématiques restent toujours dans le champ du soin primaire. Il a une fonction complémentaire et transversale avec l'expert spécialiste. Il est donc important qu'un référentiel « officiel » soit défini afin de permettre de valider cette expertise et légitimer la place de l'expert en soins primaires comme interlocuteur privilégié dans les domaines où il intervient.

---

## MOTS-CLES

Expertise

Soins primaires

Formation professionnelle continue

Recherche qualitative