



HAL
open science

Stratégies de gestion du temps dans le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Lucie Teyssonnière, Cindy Truong

► To cite this version:

Lucie Teyssonnière, Cindy Truong. Stratégies de gestion du temps dans le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04725397

HAL Id: dumas-04725397

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04725397v1>

Submitted on 8 Oct 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2024

**STRATÉGIES DE GESTION DU TEMPS DANS LE REPÉRAGE DES
VIOLENCES CONJUGALES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES :
ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 25/09/2024

Par Mme Lucie TEYSSONNIÈRE

[Données à caractère personnel]

Et Mme Cindy TRUONG

[Données à caractère personnel]

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Dr Agnès PELTIER (directrice de thèse)

M. le Pr Guillaume ROYER DE VÉRICOURT

Mme le Dr Céline SPOLTI

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCF	ADAM Jean-François	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	ATALLAH Ihab	Oto-rhyno-laryngologie
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
MCU-PH	BAILLIEUL Sébastien	Physiologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PR Attaché	BARTH Johannes	Chirurgie de l'épaule et du genou
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCU-PH	BELLIER Alexandre	Anatomie
PR Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH émérite	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUDISSA Mehdi	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	CASEZ Olivier	Neurologie
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH émérite	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Attaché	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
PU-PH	DJAILEB Loïc	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	DONDE-COQUELET Clément	Psychiatrie d'adultes
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DREVET Sabine	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	DUMAS Guillaume	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURÉ Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
PU-PH	GIRARD Edouard	Chirurgie viscérale et digestive
MCF Ass.MG	GIRARD Pauline	Médecine Générale
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	HODAJ Hasan	Thérapeutique-médecine de la douleur
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JOUVE Thomas	Néphrologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PR Ass. Méd.	MAURENT-PALOMBI Karine	Ophtalmologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
MCU-PH	MEUNIER Mathieu	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCF Ass.MG	MINIER Pierre	Médecine Générale
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Élena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	NAVARRE Manon	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	NGUON Anne-Sophie	Psychiatrie d'adultes
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH émérite	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PR	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH émérite	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
MCU-PH	RABATTU Pierre-Yves	Anatomie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TRILLING Bertrand	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VERRY Camille	Cancérologie ; Radiothérapie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire
PR Attaché	Professeur Attaché

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Au Pr Patrick Imbert, merci de nous faire l'honneur de présider cette thèse, l'ultime. Nous vous souhaitons une belle retraite.

Au Pr Guillaume Royer de Véricourt, merci d'avoir accepté d'être membre de notre jury et de juger notre travail.

Au Dr Céline Spolti, merci d'apporter votre œil sur notre travail en acceptant d'être membre du jury.

Au Dr Agnès Peltier, merci de nous avoir guidées, épaulées pour ce travail. Merci pour ta patience, tes remarques toujours justes et tous les moments chouettes qui allaient avec les visios et réunions.

Merci à la Haute Autorité de Santé ayant autorisé la participation à la Commission Impact des Recommandations.

Merci à ebmfrance pour l'opportunité de la participation à la Commission de la HAS et d'avoir aidé au cheminement de ce travail en amont.

Remerciements de Lucie

Merci aux personnes rencontrées le long de cet internat. Le service des urgences du CHU, mes maîtres de stage en UPL, l'équipe voironnaise de pédiatrie. Merci à la formidable équipe de gériatres de Voiron. Merci au Village de Santé pour votre ouverture et votre belle médecine. Merci à Carole pour ce semestre sur le plateau.

Merci à nouveau à Agnès, pour ton accompagnement le long de cet internat et pour finir en beauté avec ta direction de thèse, on ne pouvait pas rêver mieux !

Merci à Adrien pour ces mois à Noyarey, les midis sont bien plus chouettes sur un banc au soleil à papoter.

Un immense merci à Françoise, pour ta bienveillance, tes conseils. Merci de m'avoir fait confiance ces derniers mois, merci de tout ce que tu m'apprends.

Merci à Cindy d'avoir partagé ce travail. Pour ces heures de visio ou dans nos salons avec le cerveau en compote. Pour ta gentillesse et ton intelligence. On l'a fait !

À mes parents, juste merci de tout. De vos allers retours à Saint-Etienne le dimanche, du sponsor officiel de ces études si longues, de votre écoute, de votre humour. Je ne connais pas meilleurs parents que vous, en toute objectivité bien sûr. Merci de m'aiguiller dans tous les moments de vie.

Ratou, merci d'être le meilleur "vrai" frère de toute la terre. Pour tous ces appels plus ou moins utiles, ces blagues plus ou moins drôles, ces jeux plus ou moins intelligents. Merci de me faire tant rire et d'être aussi bête. Merci à Pénélope et Albanechou de participer à tout ça.

À mes grands-parents, merci d'être si fiers de tous vos petits-enfants. À ma Mémé.

À ma famille. Coline ma « cousine-copine », Chloé, Gene et Didier pour toujours venir aux musées de mes villes. Karine et Laurent, je passe enfin en sixième. Valentin et Emilien, merci de votre bonne humeur. Aux Bieler pour ces bons moments. Merci à Daniel et Françoise d'être mes plus grands supporters.

À Héroïse, je n'aurais jamais réussi sans toi. Merci d'être toujours là. Merci pour ces années stéphanoises, merci la Cotonne pour les chambres au bout du couloir, pour

cette colocation de légende. Merci pour ton aide quotidienne (même de loin), de toujours m'ouvrir l'esprit, d'être une amie exceptionnelle.

À Corentin et Émilie, merci d'avoir été les meilleurs partenaires stéphanois qu'on puisse avoir. Corentin, pour nos soirées en amoureux, les Saint Patrick et les Noël. Émilie, merci de suivre les débordements de mon cerveau et d'être toujours très rationnelle... Merci à Adrien et Geogeo qui vous accompagnent si bien et qui égayent encore plus les week-end des copains.

Merci aux copains de Grenoble sans qui cet internat n'aurait pas eu la même saveur. Rose, pour tous ces cafés et debriefs heure par heure ; pour les coinches avec Titi, pour les futurs restos offerts, les mines que tu me mets au ski de fond, les podcasts sans qui ces derniers mois auraient été bien tristes.

Clara, toujours présente pour un grec, une bière ou insulter Djoko. Maud pour ces soirées musique et Harry Potter. Mymy pour tous ces petits dej improvisés. Yoyo Gadgeto les bons tuyaux, merci d'arrêter la moto. Justin pour tes bêtises et toujours du bon vin. Tom pour ces discussions sans fin.

Aux copains plus anciens. Cécile, merci d'avoir accepté d'être ma copine en terminale et pour toutes les années qui suivent. Raphababa, pour ces moments musicaux aux petits oignons et tes belles fréquentations. Jeanne, pour ces soirées toujours aussi chouettes. Laurane, pour ces moments détente Roméo et Juliette des lundis matin. A tous les copains de Guilhaerand, merci de ces soirées dans les garages de chacun à l'époque. Merci aux copains stéphanois, Pierrick, Aurore, Ksénia, parce qu'à Saint-Etienne on n'est pas riches mais qu'est-ce qu'on rit !

Merci aux copains plus récents. Anaëlle pour ces discussions autour de goûters ou restos. Aux copains « Get's » pour m'avoir pris dans votre team. Emma et Marie pour les week-ends meufs, et Clément et Manu pour préparer les bons repas qui vont avec.

Enfin merci à Hadrien. Le chef. Mes mots ne seront pas suffisants. Merci de rendre la vie si douce au quotidien, de m'écouter, de m'accompagner, de me faire courir le matin. Merci de ta patience pendant ces années, pour « l'investissement à long terme ». Les projets futurs montrent que ça paye. J'ai hâte de tout ce qui nous attend.

Remerciements de Cindy

Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant cet internat, aux maîtres de stages qui m'ont amené au médecin que je suis aujourd'hui.

Merci à mes maîtres de stages d'UPL, aux urgences d'Annecy.

Merci aux équipes de médecine interne, de pédiatrie, et de gynécologie de Voiron, dans lesquelles j'ai passé la moitié de mon internat.

Merci à Anne, Blandine et Claire, pour ce semestre en SASPAS, pour ce que vous m'avez apporté et appris.

Merci à Claire et Frede, de belles personnes qui m'ont soutenue autant professionnellement que personnellement.

Merci à Agnès pour cette rencontre et cet accompagnement sur cette thèse qui couronnera la fin de ces études.

Un grand merci à Lucie de m'avoir proposé de partager ce travail, pour ce travail qui n'a pas toujours été facile mais qui a toujours su être agréable par ta personne. Je n'aurai pas pu imaginer mieux comme co-thésarde. Je te remercie pour cette opportunité qui m'a aussi permis d'apprendre à te connaître. Bravo à nous deux !

Merci à Laura, Axelle, Mithula pour ces fous rires, ces moments, ces liens, qui m'ont plus que aidée pendant cette deuxième première année.

À Cécilia, Audrey et Laura pour ces délires, ces repas incroyables, ces vacances entre copines et la joie que ces instants m'ont procuré.

Merci à ma famille, qui m'a soutenu dans mon parcours et mes décisions, qui a toujours été présente et sans qui je n'aurais pas pu arriver jusque là.

A Yoann, merci de m'avoir suivie pendant l'internat, de m'avoir fait connaître les lapins dont je ne pourrais plus me passer. Une pensée pour Koda, parti trop tôt, dont l'affection inconditionnelle qu'il donnait ne sera jamais oubliée. Mais surtout, merci de partager ta vie avec moi dans les moments joyeux comme difficiles. A notre futur !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	7
TABLE DES MATIÈRES.....	11
LISTE DES TABLEAUX.....	12
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
MÉTHODE.....	15
1 Type d'étude.....	15
2 Échantillonnage.....	15
3 Recueil des données.....	15
3.1 Pré-enquête.....	15
3.2 Entretiens.....	15
3.3 Législation et sécurité.....	16
3.4 Analyse.....	16
RÉSULTATS.....	17
1 Se construire un avis en amont des consultations : effectuer régulièrement le repérage des violences conjugales, ou pas ?.....	18
2 Prévoir d'amortir le retard occasionné par un repérage qui va déborder.....	19
3 S'adapter aux situations rencontrées, face aux patient·es.....	21
4 Prendre en compte ses propres besoins d'être humain.....	23
5 Dépendre de tensions systémiques.....	24
DISCUSSION.....	27
1 Résultats principaux.....	27
2 Forces et limites.....	27
3 Discussion avec la littérature.....	28
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	34
ANNEXES.....	37
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	188

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description de l'échantillon	17
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CARMF : Caisse Autonome des Retraites des Médecins de France

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Les violences conjugales sont définies par l'OMS comme tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire) cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique. (1)

Les conséquences des violences conjugales sur la santé sont nombreuses, à court et long terme. Elles entraînent des problèmes psychiatriques, obstétriques, gynécologiques, orthopédiques, rhumatologiques, cardiovasculaires et de pathologies chroniques. (2)

Les violences conjugales ont également des conséquences économiques collectives. Leur coût pour la société est estimé à 2,5 milliards d'euros par an (entre le système de soin, le secteur médico-social et judiciaire, les pertes de production et les coûts humains des viols et blessures graves). (3)

En 2021, en France, 213 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur conjoint ou ex-conjoint sur une année. Moins d'une victime sur cinq déclare avoir déposé plainte en 2018. (4)

Une femme sur dix a été victime de violence conjugale dans les douze derniers mois. (5)

Il est estimé que dans les salles d'attente de médecine générale, trois à quatre femmes sur dix peuvent être victimes de violences conjugales. (6)

Les médecins généralistes sont concernés par cette problématique au vu de leur rôle de premier recours dans le parcours de soins des patient·es. Les femmes victimes de violences consultent leur médecin généraliste plus fréquemment que les femmes sans antécédents de violences. (7)

Une étude met en évidence que 93% des femmes interrogées n'ont jamais été questionnées par leur médecin généraliste sur les violences. (8)

La HAS a conduit une étude dans l'optique de développer un outil d'aide au repérage des violences conjugales (publié en novembre 2022). Cet outil a pour but d'aider les praticiens dans ce repérage en se basant sur les freins des professionnels vis-à-vis du sujet. (9) Les freins retrouvés lors de l'élaboration de l'outil dans les recherches préalables sont :

- La méconnaissance de la recommandation,
- La sous-estimation de la prévalence des violences et de leurs conséquences,
- Le manque de formation sur le sujet et sur la façon de questionner les patient·es,
- Le sentiment d'illégitimité à poser cette question avec la peur de dégrader la relation avec les patient.es, de ne pas pouvoir aider les patient·es,
- Le manque de temps pour le questionnement et l'accompagnement si nécessaire. (10)

Dans la littérature, les médecins généralistes disent qu'ils n'ont pas le temps, ou qu'ils manquent de temps, mais qu'est-ce que cela implique – t – il ? (11–15)

Ce travail apporte un focus particulier sur le frein « manque de temps ». Il s'agit de mieux comprendre ce qui se joue lorsque les médecins généralistes déclarent qu'ils n'ont pas le temps.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer quelles sont les stratégies de gestion du temps face au repérage des violences conjugales chez les adultes utilisées par les médecins généralistes.

Les objectifs secondaires sont d'identifier les astuces utilisées par les médecins généralistes face à la gestion du temps dans le repérage des violences conjugales.

La question de recherche est : Quelles sont les stratégies de gestion du temps face au repérage des violences conjugales chez les adultes utilisées par les médecins généralistes ?

MÉTHODE

1 Type d'étude

Les investigatrices ont effectué une étude qualitative avec une analyse inspirée de la théorisation ancrée dans une démarche inductive. (16) (17)

2 Échantillonnage

L'échantillonnage de cette étude est théorique en recherchant une variété d'âge, de genre et de type d'exercice (médecin libéral, salarié, centre de santé, seul, en équipe). Le recrutement s'est fait par effet boule de neige en commençant par des médecins généralistes connus des investigatrices. Les critères d'inclusion étaient : d'être médecin généraliste (installé ou remplaçant), d'être en cours d'exercice et d'accepter de participer à cette étude.

Les différents médecins ont été contactés par courriel ou bien par téléphone.

3 Recueil des données

3.1 Pré-enquête

Une des investigatrices a réalisé une observation participante dans un groupe de travail de la HAS, aux côtés d'ebmfrance (Collège de la Médecine Générale) : Commission Impact des Recommandations, présentation et discussion des résultats « MG et violences conjugales », le 21 septembre 2022. L'objectif de l'observation participante était de travailler sur la pertinence de la problématisation de ce travail, en complément du travail de bibliographie.

3.2 Entretiens

Le recueil des données s'est fait par des entretiens semi-dirigés en présentiel conduits par une ou deux investigatrices. Ces entretiens suivaient un guide d'entretien préparé en amont avec des questions semi-ouvertes. Ce guide n'a pas nécessité de modification au fil des entretiens. (Annexe 1 : guide d'entretien).

Ils se sont déroulés sur la période de mars 2024 à juin 2024. Ceux-ci étaient enregistrés vocalement.

Le recueil s'est fait jusqu'à suffisance des données, définie par deux entretiens consécutifs n'apportant pas de nouvel étiquetage lors de l'analyse.

3.3 Législation et sécurité

La conservation des données s'est faite en suivant les recommandations du Délégué de Protection des Données (DPO) sur les supports informatiques des deux investigatrices. Les participant·es étaient informé·es des modalités de conservation de leurs informations et de leurs droits, et ont signé un formulaire de non-opposition. Le Régime Général de la Protection des Données s'appliquait sur cette étude. La mise en conformité selon la norme de la Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté MR-004 a été validée par le DPO de l'Université Grenoble Alpes.

La conservation des données directement identifiantes s'est limitée à une durée minimale le temps de la retranscription de chaque entretien.

Afin de préserver l'anonymat des médecins entretenus, les données directement ou indirectement identifiantes ont été censurées dans la restitution de la retranscription en annexe.

3.4 Analyse

Chaque entretien a été retranscrit par l'investigatrice l'ayant réalisé sur le logiciel Microsoft Word. L'analyse et l'encodage des données a été faite à l'aide du logiciel d'encodage NVIVO. Chaque investigatrice a analysé les verbatims de manière indépendante d'abord sur un étiquetage ouvert. Puis les étiquetages ouverts ont été mis en commun pour arriver à un étiquetage axial. Les analyses de chaque investigatrice étaient ensuite comparées et fusionnées. Les désaccords ont été résolus par discussion, et si nécessaire arbitrage avec l'aide de la directrice de thèse. Ceci permet une analyse en triangulation en recherchant une concordance sur les thèmes retrouvés. Les investigatrices ont également ordonné leurs étiquetages ouverts sous forme de carte heuristique pour affiner les étiquetages axiaux.

RÉSULTATS

Neuf entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes exerçant en Isère, sur la période de mars à juin 2024. Les entretiens étaient d'une durée médiane de 44 minutes (32 – 89 minutes). Sur les personnes entretenues, cinq étaient des hommes et quatre étaient des femmes, âgées de trente ans à plus de soixante ans.

Ces médecins avaient une variété dans leur mode d'installation avec des praticiens exerçant en cabinet libéral (seul ou à plusieurs), des exercices salariés (centre de santé, hôpital) et des exercices mixtes. Leur exercice était à la fois urbain, péri-urbain et semi-rural. Tous avaient une activité de médecine générale, et certains avaient une pratique orientée vers la santé de la femme, d'autres plutôt vers la pédiatrie.

Les caractéristiques des médecins sont résumées dans le Tableau 1.

	Age (années)	Pratique	Genre	Durée (min)	Convention
M1	30-40	Libéral - cabinet de groupe	Masculin	37	Secteur 1
M2	> 60	Libéral - cabinet de groupe	Féminin	32	Secteur 2
M3	> 60	Libéral - MSP	Masculin	57	Secteur 1
M4	50 - 60	Libéral - MSP	Masculin	58	Secteur 1
M5	40 - 50	Libéral - Seul	Féminin	43	Secteur 1
M6	40 - 50	Libéral - cabinet de groupe	Masculin	44	Secteur 1
M7	30 - 40	Salarié - centre de santé	Masculin	40	Secteur 1
M8	50 - 60	Salarié - centre de santé	Féminin	60	Secteur 1
M9	40 - 50	Libéral - cabinet de groupe Salarié - hôpital	Féminin	89	Secteur 1

Tableau 1 : Description de l'échantillon

1 Se construire un avis en amont des consultations : effectuer régulièrement le repérage des violences conjugales, ou pas ?

Les médecins se constituaient un avis sur le repérage des violences conjugales dans leur pratique. Ils construisaient une idée : décider *a priori* de le faire, systématiquement ou non, ou plutôt de ne pas le faire (ce qui ne présageait pas qu'ils s'adaptent aux situations rencontrées et donc soient actifs dans le repérage).

Parmi les médecins qui construisaient l'idée qu'ils allaient effectuer le repérage des violences conjugales :

Une partie voulait l'intégrer à leur pratique sur une base régulière. Les raisons exprimées étaient un intérêt, une sensibilisation à ce sujet. Ces médecins décrivaient un aspect valorisant dans leur pratique et dans cet échange avec les patient·es. Ils rapportaient qu'ils aimaient faire ce repérage et que cela faisait partie de leur travail. Ils estimaient que les violences étaient aussi importantes que les autres problèmes de santé. Ils considéraient être une ressource face aux violences auprès des patient·es.

Certains médecins construisaient l'idée *a priori* de faire le repérage des violences conjugales de façon systématique. Penser le faire systématiquement permettait d'être plus à l'aise et de s'épargner le temps et la charge de réflexion « Est ce que je pose la question ? ».

M5 : "C'est comme tout, c'est à partir du moment où on a l'habitude et qu'on pose la question un peu systématiquement, ça va tout seul. C'est comme les idées suicidaires, si on se dit « ah est-ce que je pose la question », ça prend du temps. Parce qu'on y réfléchit et puis ça a un coût cognitif. À partir du moment où on le fait systématiquement, ça en a plus."

D'autres médecins construisaient l'idée en amont de ne pas faire le repérage des violences conjugales de manière systématique. Pour eux, le médecin généraliste traitait la pathologie et la demande des patient·es. Pour ces médecins, le repérage des violences conjugales ne faisait pas partie de leur rôle ni de leur habitude de soin. Pour autant, ces médecins activaient le repérage lorsqu'ils le jugeaient nécessaire (signes d'appel en consultation par exemple). Ne pas s'inscrire dans un repérage

systematique pouvait être influencé par des craintes. Ils rapportaient la peur de nuire auprès des patient·es, craindre de ne pas savoir gérer la réponse de la personne.

M4 : “je ne suis pas toujours très à l'aise avec ces histoires de violence. Parce que c'est quelque chose dont je ne sais pas forcément toujours quoi faire.”

Ils mentionnaient l'inquiétude d'être en retard suite à ce repérage et le fait que celui-ci pouvait perturber leur organisation (à la fois dans la consultation et dans la journée).

M3 : “Ah bah là tu passes un temps dingue ! Parce que voilà, tu vas parler etc. ou tu fais revenir les gens, oui forcément.”

Certains médecins indiquaient une appréhension vis-à-vis des démarches que le repérage des violences conjugales pouvait impliquer. Ces dernières leur paraissaient longues pour un résultat parfois peu satisfaisant.

2 Prévoir d'amortir le retard occasionné par un repérage qui va déborder

Les médecins confiaient que le repérage des violences prenait du temps et que cette démarche les mettait en retard. Ils avaient mis en place des stratégies en amont des consultations, pour tenter d'amortir le retard prévisible.

L'une d'elles consistait à adapter leur agenda en amont.

Ils prévoyaient des créneaux plus longs d'emblée pour les nouveaux et nouvelles patient·es, les consultations de gynécologie, de pédiatrie ou de psychiatrie.

Ils gardaient la possibilité d'être les seuls à pouvoir attribuer certains créneaux de consultation qu'ils réservaient.

Ils aménageaient des créneaux vides de « pause » qui permettaient de compenser le retard potentiel, que nous appelons pauses fictives. Ce temps était utilisé au profit d'une consultation qui en avait besoin, ou de tâches administratives. C'était rarement une vraie pause.

M1 : “Je me mets des absences dans la journée. Vu que j'enchaîne pas forcément les consultations j'ai une pause dans la matinée et deux pauses dans l'après-midi. Qui ne permettent pas forcément de faire de pause mais de rattraper un peu le retard.”

Certains médecins avaient adapté leurs horaires de façon à pouvoir déborder sur leur temps personnel si une situation le demandait. Ils planifiaient un rendez-vous au début ou à la fin d'une journée plutôt que d'empiéter sur les consultations suivantes.

M6 : “Mais oui, j'arrive à reconvoquer et à les revoir, après je me suis organisé pour ne commencer qu'à 8h40 tous les matins. Donc si j'ai à commencer à 8h ou 8h20 le matin ponctuellement, pour gérer des situations qui nécessitent que je revois un peu tôt. Et puis mon dernier créneau d'urgence est à 18h. Du coup, si j'ai à rajouter quelqu'un à 18h20 ou 18h40 c'est pas la mort quoi.”

Les médecins qui essayaient de poser systématiquement la question portaient une attention particulière au repérage des violences conjugales lors de la création de dossier d'un nouveau ou d'une nouvelle patient·e ou lors d'une consultation gynécologique.

Avec la formation et l'expérience, ils pensaient repérer plus facilement les signes de violences et se trouvaient plus efficaces dans leurs prises en charge.

M9 : “On peut performer pour apprendre au fur et à mesure dans l'apprentissage, parce que ça se fait pas du jour au lendemain, entre avant quand je posais des questions et maintenant, il y a vraiment eu un gap d'amélioration sur la gestion du temps. C'est-à-dire que plus on avance dans le temps, plus on sait répondre à différentes situations”

Des supports préparés en amont permettaient de mobiliser des informations aux patient·es, en l'attente d'une prochaine consultation, tout en maîtrisant le temps disponible au moment de la discussion.

L'organisation des dossiers des patient·es les aidait à gagner du temps pour trouver certaines informations (comme la trace d'avoir déjà recherché des violences, par exemple).

Ils évitaient d'avoir à passer du temps à chercher le bon interlocuteur en établissant un réseau *a priori*.

Les médecins déléguaient certaines tâches ; c'était variable en fonction de leur organisation : ils pouvaient décider par exemple de ne pas gérer la prise de rendez-vous eux-mêmes.

3 S'adapter aux situations rencontrées, face aux patient·es

Au moment du face-à-face avec les patient·es, la construction du choix *a priori* d'effectuer le repérage des violences conjugales était à même de changer, pour s'adapter à la situation rencontrée.

Les médecins estimaient respecter le rythme de leurs patient·es. La relation avec les patient·es s'inscrivait dans la durée et créait un climat de confiance. Le sujet pouvait ainsi être abordé plusieurs fois et être reporté si la situation le permettait. Le médecin laissait la porte ouverte, et le ou la patient·e pouvait s'en saisir lors d'une consultation ultérieure.

M7 : "D'une part parce que pour moi, la pratique de médecine générale, c'est une pratique qui s'inscrit plutôt dans le temps long. Et du coup, je me dis que je vais pouvoir revoir les gens pour en rediscuter."

Les médecins déterminaient le rythme de leurs consultations et l'adaptaient selon leurs moyens : ils poussaient le repérage plus loin selon la situation qu'ils rencontraient. Il s'agissait premièrement d'évaluer le danger immédiat pour la personne. Dans ces circonstances, pour tous, il était évident que la prise en charge ne pouvait pas être différée.

Ils restaient aussi vigilants aux signes de violence. Les consultations psychiatriques, lorsque les patient·es venaient à plusieurs reprises pour des demandes multiples, ou manquaient des rendez-vous à répétition : ces situations pouvaient être considérées comme des signes d'appel.

Les médecins modifiaient leur décision de faire ou ne pas faire un repérage systématique des violences conjugales selon leur retard. Ils considéraient qu'ils pouvaient subir une pression lorsqu'ils estimaient avoir trop de retard. Plusieurs

évoquaient notamment une limite de 40-45 minutes. Au-delà, ils estimaient être moins disponibles, moins aptes à écouter leurs patient·es.

M4 : “Si c'est une journée où je suis vraiment déjà en retard... Des fois je vais moins laisser ouvert la possibilité d'expression du patient. [...] si le soir si j'ai 40 minutes de retard il y a un moment où je vais essayer d'aller un peu plus vite dans mes consultations et donc je creuserai moins les choses.”

La décision de déclencher soi-même un repérage pouvait aussi être modifiée selon le moment de la consultation. Il était plus facile d'aborder ce sujet en début de consultation en ayant du temps disponible. Au contraire, repérer des signes ou recueillir des plaintes en fin de consultation, de « poignée de porte », était plus difficile à gérer. Cela impliquait de devoir évaluer rapidement si la situation pouvait être reportée ou non.

M7 : “Le motif porte de... Ah, en fait docteur, maintenant que je suis en train de partir, j'ai oublié de vous dire, je dors pas bien en ce moment. Peut-être que je vais effectivement pas déployer tout mon truc de... Ah ok, comment ça se fait ? Rasseyez-vous, repartons pendant un quart d'heure quoi. Je vais dire, bah écoutez, reprenez un rendez-vous et on en rediscute. Ça, ça peut arriver. Mais si elle me dit, j'arrive pas à dormir parce que... En fait à la maison c'est horrible en ce moment. Là, pour le coup, je vais la faire asseoir et on reprend un quart d'heure, tant pis, on va en discuter.”

Les médecins différaient la gestion du problème lorsque la consultation débordait dans le temps ou bien était trop lourde émotionnellement. Ils reconvoquaient les patient·es ou bien les adressaient à des collègues (les internes, le réseau...). Ceci permettait de partager la prise en charge afin d'alléger la charge de travail et la charge émotionnelle. Certaines situations dépassaient leur champ d'action, notamment lorsque les personnes devaient être mises en sécurité ou adressées à des associations spécifiques. Dans ce cas, les médecins orientaient leurs patient·es à des tiers.

M6 : “Du coup, moi, ce qui m'a « dé-freiné », entre guillemets mon frein, c'est de me dire que je pouvais poser la question sans que ça me prenne du temps forcément. C'est à dire que derrière, j'allais pouvoir répartir la charge, et potentiellement déléguer aussi à d'autres personnes.”

4 Prendre en compte ses propres besoins d'être humain

La notion de disponibilité mentale s'intégrait dans les besoins et les limites du médecin en tant que soignant·e et individu. La décision de repérer les violences conjugales pouvait être influencée par ces paramètres.

Un récit de violences pouvait affecter la personne qui l'accueillait. C'est pourquoi les médecins expliquaient avoir des stratégies de gestion de leurs émotions.

Chaque médecin abordait les violences avec plus ou moins de facilité selon leurs caractéristiques personnelles.

M2 : "Qu'est ce qui fait que je suis disponible ? Je pense que j'ai des caractéristiques psychiques qui font que ça m'atteint assez peu. Sur le plan personnel c'est pas des choses que je rapporte à la maison."

Le sujet était évoqué de manière différente selon l'état d'esprit dans lequel le médecin se trouvait. Le choix d'être actif dans le repérage était aussi soumis à la capacité du médecin à entendre la réponse au moment de la consultation.

M8 : "Et, il peut arriver aussi si dans une après-midi de consultation ou si les deux premières consultations ont été déjà extrêmement lourdes dans les récits de violence que je ne pose plus la question sur les autres consultations pour voilà, me préserver aussi."

Afin de se protéger, les médecins répartissaient la charge émotionnelle. Ils discutaient de certaines situations avec des collègues, ou dans des groupes de pair·es.

La pratique des médecins s'articulait autour de l'équilibre entre leur temps de travail et leur temps personnel : ils s'organisaient pour exercer une médecine qui correspondait à leurs valeurs tout en gardant un confort personnel. Ils avaient besoin de ce temps pour se ressourcer et alléger leur charge mentale.

M9 : "Pour moi bosser 12 heures 15 heures par jour au cabinet à régler les problèmes de gens c'est pas possible si on n'a pas à côté son sport, son conjoint, ses enfants,

ses amis, sa supervision, son psy, ses moments off. Pour moi, pour durer longtemps, il faut ménager la monture.”

Ils étaient certains qu’aborder la question des violences conjugales les mettraient en retard. Ce retard pouvait les mettre mal à l’aise. Ils s’efforçaient de ne pas trop en accumuler. Une fois le retard pris, ils acceptaient l’idée de ne plus être à l’heure.

Les médecins qui avaient des revenus variables avaient également besoin de rentrer suffisamment dans leurs frais. Ce besoin évoluait selon leur parcours de vie et contribuait à changer leur rythme de travail.

M2 : “Mais la réalité c’est que j’ai pas de problèmes d’argent. J’ai plus d’emprunt, j’ai plus d’enfants à la maison, j’ai un travail salarié à côté. J’ai pas de problématique d’argent. Donc s’il faut plusieurs patients dans la journée qui ont besoin de 40 minutes et qui vont payer 26,50 euros ça me pose pas de problèmes. Ça c’est un confort. Et je sais très bien que quand j’avais 3 enfants à charge et un mari qui avait un tout petit métier et qui ne rapportait pas beaucoup de sous, ben c’était pas la même. Mais aujourd’hui j’ai ce confort-là.”

5 Dépendre de tensions systémiques

La mise en place de l’ensemble des stratégies de gestion du temps face au repérage des violences conjugales citées ci-dessus était également soumise à des tensions systémiques. Nous appelons tensions systémiques les éléments inhérents à l’organisation du système de soins, devant être pris en compte (sciemment ou non) par tout médecin dans leur exercice.

Les médecins subissaient la pression de la démographie médicale : il manquait de médecins généralistes alors que les demandes des patient·es augmentaient. Ils décrivaient ressentir une pression de voir un nombre de patient·es important, sur des horaires étendus, vite, et devoir composer face à la détresse des patient·es.

Ils avaient à concilier toutes les tâches relevant des compétences des médecins (premier recours, le dépistage, la prévention, le suivi des pathologies chroniques...) et pour une partie d’entre eux, l’organisation de leur travail (comme la comptabilité, la gestion d’un cabinet médical...).

M8 : “Et puis ce que c'est que la médecine générale, c'est-à-dire que c'est un métier qui prend en compte tout ! Donc oui, il y a la problématique des violences, mais voilà, il y a aussi toutes les autres problématiques, toutes les situations complexes de la personne qui vient avec son cancer, son diabète, son infarctus, enfin... Va rajouter en plus la question des violences là-dessus.”

Les médecins pouvaient ressentir de la frustration car ils ne pouvaient pas répondre aux besoins de la population. Lorsqu'ils faisaient des consultations plus longues, ils voyaient moins de patient-es par jour. Ce qui les amenait à se comparer avec leurs collègues. Ils pouvaient avoir l'impression de ne pas être assez efficaces, productifs. Cela pouvait engendrer un sentiment d'insuffisance professionnelle sur une base d'autocritique sévère.

Dans le modèle de la médecine à l'acte, les médecins devaient effectuer un certain nombre de consultations dans la journée pour être suffisamment rémunérés.

M9 : “En libéral il y a quand même le nerf de la guerre c'est de payer ses charges. Si demain je vois que cinq patients par demi-journée, je peux pas rester au cabinet, j'ai des charges.”

Ils disaient avoir besoin de temps pour faire ce qu'ils considéraient comme du bon soin. Cela impliquait des consultations longues, moins valorisées financièrement dans le modèle du paiement à l'acte.

M4 : “J'en pense que quand même le modèle économique qui nous est imposé il est vraiment pas favorable à faire du travail de qualité. Il est favorable à faire du travail de rapidité. C'est pas compatible avec la qualité. Et c'est pas compatible avec la prévention, le dépistage, le repérage etc. ”

Le temps n'étant pas extensible, si la même journée ne comportait que des consultations longues, les médecins seraient moins rémunérés.

Cela pouvait entraîner une pression financière.

M3 : “Parce que les médecins, quand tu les interrogues, ils ont une revendication, c'est à 25 balles, enfin 26.50 la consultation, on peut pas y passer une heure non plus ! Enfin

26.50 dont tu ramènes 13 à la maison, c'est quand même ça. Donc pour 13 balles on va pas y passer une heure non plus.”

Ils faisaient donc face à un paradoxe : s'ils prenaient davantage de temps pour ces consultations, ils étaient moins payés alors qu'ils estimaient avoir une meilleure qualité professionnelle.

DISCUSSION

1 Résultats principaux

Les médecins généralistes ont confirmé que déployer des stratégies était nécessaire pour inclure le repérage des violences conjugales en consultation.

Certains médecins s'organisaient à l'avance pour se rendre disponibles pour le repérage, en anticipant de quelle manière ils allaient amortir le retard probablement engendré.

Face aux patient·es : ils utilisaient des adaptations supplémentaires quelle que soit leur idée construite *a priori* sur « repérer ou ne pas repérer ». Ils essayaient de respecter le rythme des patient·es et selon les moyens disponibles.

Le repérage des violences conjugales restait parfois difficile à inclure dans le temps prévu pour les consultations. Ils devaient aussi prendre en compte l'équilibre entre leur temps de travail et leur temps personnel, et adapter cette démarche selon leurs propres émotions et leur cadre financier.

Toutes ces stratégies entraient en compétition avec des tensions systémiques, pouvant entraîner des frustrations. Nous notions un paradoxe entre d'une part la qualité professionnelle déployée, associée à un temps accru consacré aux patient·es lors de l'action de repérage et d'autre part les difficultés associées (sentiment d'insuffisance professionnelle sur une autocritique sévère, la moindre rémunération associée dans le modèle libéral).

2 Forces et limites

Pour ce travail, les investigatrices ont fait le choix d'une étude qualitative ce qui a permis de recueillir l'expérience de chaque médecin avec une approche compréhensive, cela semblait adapté dans cette thématique de recherche. La variété recherchée de l'échantillon en âge, genre et type d'exercice a pu être obtenue.

Les médecins ont pu se livrer plus facilement avec les investigatrices car celles-ci étaient également toutes les deux médecins en formation. Cela leur a permis de partager des éléments implicites au métier, qui se retrouvent dans les entretiens conduits. Des travaux complémentaires issus d'autres disciplines de sciences sociales seraient pertinents pour compléter l'approche. En effet ce langage commun pourrait

masquer certains éléments possiblement pertinents qui se démasqueraient avec des chercheur·es d'autres disciplines.

La durée médiane des entretiens était de 44 minutes, ce qui a permis de recueillir une quantité d'informations conséquente. Cependant certains entretiens ont dû être écourtés pour une question de disponibilité des médecins généralistes, menant à une potentielle perte de données.

L'analyse des données a été faite en triangulation entre les deux investigatrices. La mise en commun des codes a été conduite par discussion. Les désaccords ont été résolus par arbitrage avec la directrice de thèse. Il s'agissait du premier travail de recherche qualitative des investigatrices. La montée en catégorie par des investigateurs plus expérimentés pourrait donner des résultats différents.

La suffisance des données définie par les investigatrices a été atteinte au bout de 9 entretiens. Nous avons choisi comme définition de la suffisance des données deux entretiens consécutifs n'apportant pas de nouvel étiquetage lors de l'analyse. En fonction du choix de la définition, des entretiens supplémentaires auraient pu être nécessaires.

3 Discussion avec la littérature

Ce travail met en évidence une difficulté à appliquer de manière systématique un repérage des violences conjugales compte tenu de l'écart possible entre le temps nécessaire et le temps disponible. Cela rejoint la littérature qui montre que les médecins rencontrent des difficultés pour aménager leur temps en vue d'une application des recommandations de bonne pratique. (18,19)

Ces difficultés sont à inscrire de manière plus large dans les tensions, tous sujets confondus, entre le volume de production des études scientifiques et des recommandations de pratique clinique, et la possibilité de les intégrer à la pratique de la médecine générale.

D'après la DREES, les médecins généralistes français passent 2 heures par semaine à l'actualisation de leurs connaissances. (18) Or selon un article paru dans le British Medical Journal, il faudrait aux médecins généralistes 27 heures de travail par jour pour connaître et appliquer toutes les recommandations en vigueur, tous sujets confondus. Cet article conclut avec un conseil à l'attention des agences productrices

de recommandations : intégrer dans les recommandations une estimation du temps alloué à leur application en pratique. (19)

Notre travail montre que les médecins doivent en permanence ajuster leur pratique pour y intégrer le repérage des violences conjugales. Ces ajustements ne sont pas propres à ce repérage. Nous identifions que des travaux complémentaires seraient nécessaires pour apprécier les stratégies de gestion du temps dans les autres situations de soins « qui débordent » le cadre établi.

Ces ajustements ne concernaient pas seulement les actions sur l'agenda, mais aussi l'ensemble des actions, sur soi et sur l'exercice, qui permettaient le repérage des violences conjugales. Ils semblaient nécessaires à toute pratique pour travailler de manière satisfaisante.

Dans un contexte de démographie médicale en tension, les participant·es soulevaient l'idée qu'il paraît primordial aux médecins de maintenir une pratique qui leur permette d'exercer dans un long terme.

En écho à ces points, le travail d'Anne-Laure Lenoir cherchait à déterminer les facteurs qui influencent la trajectoire de carrière des médecins généralistes. Elle a étudié les déterminants de carrières chez les médecins qui arrêtaient d'exercer, et qui poursuivaient. Parmi les médecins qui poursuivaient la pratique de la médecine générale, des ajustements plus ou moins importants avaient été nécessaires mais ne s'avéraient parfois pas suffisants. Certains des médecins qui poursuivaient l'exercice ressentaient en conséquence les mêmes insatisfactions que les médecins ayant pris la décision d'arrêter leur activité. (20)

Notre travail suggère que les médecins sont aussi soumis à une tension financière vis-à-vis des consultations longues, si celles-ci sont trop nombreuses, dans le modèle du paiement à l'acte. D'après la CARMF, les médecins généralistes libéraux ont perdu du pouvoir d'achat en 2022 à hauteur de 8,66% (21). Les médecins ne sont pas les seuls concernés par la perte du pouvoir d'achat : elle concerne toute la population française. Toutefois, un médecin dont la pratique se constitue essentiellement de consultations longues pourrait se retrouver en difficulté financière. Ceci s'inscrit dans un contexte de revendication syndicale avec la demande d'une nouvelle rémunération pour les consultations longues et complexes. (22–24)

Dans les tensions systémiques que nous avons relevées, les enjeux, pas seulement financiers, semblaient différents pour les médecins installés en libéral et ceux salariés en centre de santé. Un travail de comparaison dédié sur les stratégies de gestion du temps en fonction du mode d'exercice, libéral ou salarié en centre de santé, et sur des tensions systémiques mobilisées en conséquence, serait pertinent à conduire en complément.

La plupart des médecins décrivaient prévoir des pauses fictives qui servaient finalement à amortir le retard ou bien à rattraper des tâches administratives. La difficulté des médecins libéraux à s'aménager de vraies pauses est soulevé dans un article de la DREES. (25) Un travail de recherche complémentaire pourrait s'intéresser aux pauses des médecins généralistes et caractériser leur contenu, qu'elles soient finalement réelles ou fictives, et en compétition avec quelles tâches elles s'inscrivent.

CONCLUSION

Ce travail explorait les stratégies de gestion du temps dans le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes dans une étude qualitative en s'inspirant de la théorisation ancrée.

Le recrutement s'est fait selon une logique d'échantillonnage théorique et concernait des médecins installés en Isère. Neuf médecins ont été entretenus en suivant un guide d'entretien. Une triangularisation de l'analyse a été conduite entre les deux chercheuses. Les désaccords ont été résolus par arbitrage par la directrice de thèse.

Les médecins généralistes décrivaient que le repérage des violences conjugales pouvait déborder le cadre temporel attendu des consultations. Ils déployaient des stratégies afin d'amortir le temps nécessaire à ce repérage. Ils et elles se construisaient un avis *a priori*, en amont des consultations : repérer systématiquement, repérer parfois, ou ne pas repérer systématiquement. Ceux qui incluaient un repérage systématique dans leur pratique avaient des stratégies pour se rendre disponibles dans cette démarche. Ils avaient anticipé de quelle manière ils allaient amortir le retard horaire prévisiblement engendré.

La décision a priori ne présageait pas de l'action de repérage face à des signes d'appel : face aux patient·es, quelle que soit la décision a priori, des adaptations supplémentaires de gestion du temps étaient nécessaires pour conduire le repérage. Ces adaptations se faisaient dans la volonté de respecter le rythme des patient·es et selon les moyens du médecin.

Malgré l'engagement des médecins et les ajustements déployés, le repérage des violences conjugales restait parfois difficile à inclure dans le temps prévu pour les consultations. Le débordement de temps s'inscrivait aussi dans une tension entre la prise en compte l'équilibre entre leur temps de travail et leur temps personnel, selon leurs propres émotions et leur cadre financier.

Toutes ces stratégies entraient en compétition avec des tensions systémiques (en rapport avec le système de soins dans lesquelles se jouaient les situations) pouvant entraîner des frustrations. Nous avons noté notamment un paradoxe entre le temps accru consacré aux patient·es lors de l'action de repérage, la qualité professionnelle

déployée d'une part, et un sentiment d'insuffisance ressenti par certains de ces généralistes face à la démographie médicale en prenant du retard, accompagné d'une rémunération horaire diminuée d'autre part.

Ce premier travail de recherche qualitative conduit par les deux investigatrices pourrait être complété d'autres travaux pluridisciplinaires avec les sciences sociales.

THÈSE SOUTENUE PAR : Lucie TEYSSONNIÈRE et par Cindy TRUONG

TITRE :

STRATÉGIES DE GESTION DU TEMPS DANS LE REPÉRAGE DES VIOLENCES CONJUGALES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

CONCLUSION :

Ce travail explorait les stratégies de gestion du temps dans le repérage des violences conjugales par les médecins généralistes dans une étude qualitative en s'inspirant de la théorisation ancrée.

Le recrutement s'est fait selon une logique d'échantillonnage théorique et concernait des médecins installés en Isère. Neuf médecins ont été entretenus de mars à juin 2024, suivant un guide d'entretien. Une triangulation de l'analyse a été conduite entre les deux chercheuses. Les désaccords ont été résolus par arbitrage par la directrice de thèse.

Les médecins généralistes décrivaient que le repérage des violences conjugales pouvait déborder le cadre temporel attendu des consultations. Ils déployaient des stratégies afin d'amortir le temps nécessaire à ce repérage. Ils et elles se construisaient un avis a priori, en amont des consultations : repérer systématiquement, repérer parfois, ou ne pas repérer systématiquement. Ceux qui incluaient un repérage systématique dans leur pratique avaient des stratégies pour se rendre disponibles dans cette démarche. Ils avaient anticipé de quelle manière ils allaient amortir le retard horaire prévisiblement engendré. La décision a priori ne présageait pas de l'action de repérage face à des signes d'appel : face aux patient·es, quelle que soit la décision a priori, des adaptations supplémentaires de gestion du temps étaient nécessaires pour conduire le repérage. Ces adaptations se faisaient dans la volonté de respecter le rythme des patient·es et selon les moyens du médecin. Malgré l'engagement des médecins et les ajustements déployés, le repérage des violences conjugales restait parfois difficile à inclure dans le temps prévu pour les consultations. Le débordement de temps s'inscrivait aussi dans une tension entre la prise en compte l'équilibre entre leur temps de travail et leur temps personnel, selon leurs propres émotions et leur cadre financier. Toutes ces stratégies entraînent en compétition avec des tensions systémiques (en rapport avec le système de soins dans lesquelles se jouaient les situations) pouvant entraîner des frustrations. Nous avons noté notamment un paradoxe entre le temps accru consacré aux patient·es lors de l'action de repérage, la qualité professionnelle déployée d'une part, et un sentiment d'insuffisance ressenti par certains de ces généralistes face à la démographie médicale en prenant du retard, accompagné d'une rémunération horaire diminuée d'autre part.

Ce premier travail de recherche qualitative conduit par les deux investigatrices pourrait être complété d'autres travaux pluridisciplinaires avec les sciences sociales.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 5/09/24

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UFR

Pr Olivier PALOMBI

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Patrick HERBERT

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. Violence à l'encontre des femmes [Internet]. 2021 [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
2. Haute autorité de santé. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Argumentaire scientifique [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
3. Nectoux M, Mugnier C, Baffert S, Albagly M, Thélot B. Évaluation économique des violences conjugales en France. Santé Publique. 2010;22(4):405-16.
4. Arrêtons les violences. Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. [Internet]. [cité 19 janv 2023]. Disponible sur: <https://arretonslesviolences.gouv.fr>
5. Maryse Jaspard, Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. janv 2001;(364):4.
6. Déclic Violence. Un problème de santé publique sous estimé [Internet]. [cité 14 nov 2023]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr>
7. Déclic Violence. Le rôle du médecin généraliste : une place privilégiée dans la proximité et la durée [Internet]. [cité 28 nov 2023]. Disponible sur: <https://declicviolence.fr/>
8. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. Paris Descartes; 2013.
9. Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage des violences conjugales [Internet]. 2022 [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
10. Direction interministérielle de la transformation publique. Permettre aux médecins de mieux repérer les femmes victimes de violences conjugales [Internet]. 2022 nov [cité 13 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.modernisation.gouv.fr>

11. Audrey CORNILLEAU. Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans. [Thèse d'exercice]. Université Paris 6 – Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine; 2012.
12. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. 22 juill 2015;2015(7):CD007007.
13. Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes : étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier. Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
14. Guernion A. Élaboration et évaluation d'une formation au dépistage des violences conjugales, centrée sur les freins et à destination des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier. Faculté de médecine Montpellier - Nimes; 2022.
15. Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. Faculté de médecine de Rouen; 2016.
16. Trimbur Margot, Plancke Laurent, Sibeoni Jordan. Réaliser une étude qualitative en santé. Guide méthodologique. In Saint-André-lez-Lille; 2021.
17. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Collectif. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé; 2021.
18. Hélène Chaput, Martin Monziols, Lisa Fressard, Pierre Verger, Bruno Ventelou, Anna Zaytseva. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
19. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. BMJ. 3 janv 2023;380:e072953.

20. Lenoir AL, Leconte S, Cayn M, Ketterer F, Duchesnes C, Fraipont B, et al. Exploring the diverse career trajectories of general practice graduates in the French-speaking part of Belgium: An interview study. *Eur J Gen Pract.* 27(1):111-8.
21. CARMF. Communiqué de presse : Les revenus des médecins libéraux en baisse de près de 4 % en 2022 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.carmf.fr/>
22. TALBOT R, Coromines F, Montay D, COCHELIN N. Le feuilleton des négociations ... saison 2 – Fédération des Médecins de France [Internet]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/>
23. reagjir.org [Internet]. Convention médicale : négociation ou ultimatum ? Disponible sur: <https://reagjir.org/>
24. MG France. Négociations conventionnelles : pour MG France, le compte n'y est toujours pas [Internet]. 2024 [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/>
25. Julie MICHEAU, Eric MOLIÈRE, Plein SENS. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. *Dir Rech Études L'évaluation Stat.* 2010;(15).

ANNEXES

Question brise-glace :

Depuis combien de temps êtes-vous installé ? Quel type de patientèle accueillez-vous ? Quel est le fonctionnement général de votre exercice ? (Durée créneaux, nb patients par jour etc.)

Question 1 : violences conjugales

Pourriez-vous nous raconter la dernière situation où quelqu'un vous a parlé de violences conjugales pendant une consultation ? (Depuis la prise de rdv, la salle d'attente, comme si on y était)

- ➔ Relances : Comment la personne en a-t-elle parlé ? C'est vous qui avez demandé ? Comment ça s'est passé ? Quels enjeux ça a posé pour vous ? pour la personne ? pour votre organisation ?

Question 2 : Repérage des violences

En général, comment gérez-vous le repérage des violences conjugales ? Comment abordez-vous la question des violences ? L'abordez-vous avec tous vos patient-es ?

- ➔ Relances : Qu'est-ce que ça implique dans votre consultation avec la personne, et en dehors de la consultation (temps administratif entre deux consultations, en fin de journée...) ?

Question 2 bis : Outils ?

Utilisez-vous des outils ou astuces pour repérer les violences ? (Des outils pour le repérage, pour la gestion en ultérieur (groupe de pairs...))

Question 3 : gestion du temps dans le repérage des violences

On sait que ça nécessite du temps de repérer les violences, vous faites comment ?

- ➔ Relances : C'est quoi vos astuces, quand vous décidez de prendre le temps ? Pouvez-vous me raconter la dernière fois que c'est arrivé ?

Question 4 : stratégies de gestion du temps dans le repérage des violences

Est-ce que vous avez des stratégies de gestion du temps en particulier sur les violences ? Trouvez-vous qu'il y a des choses qui influent sur votre décision d'en parler ou non ?

Question 5: gestion du temps en général

Est-ce que vous avez des stratégies de gestion du temps en général ?

- ➔ Relances : Pour gérer votre journée ? Pour voir tout le monde ? Pour reconvoquer vos patient-es ?

Question 6 :

On a beaucoup lu dans la littérature que les médecins généralistes n'ont pas le temps de poser la question des violences. Qu'en pensez-vous ?

Entretien M1

Est-ce que tu peux nous raconter depuis quand tu es installé ? Comment tu travailles ? Quelles heures tu fais dans la journée, combien de temps par consult tu te donnes ? Est-ce que tu es tout seul, est ce que t'es avec d'autres personnes ?

[...] J'ai passé ma thèse au bout d'un an de rempla. Et je me suis installé dans la foulée en collaboration dans un premier temps et maintenant on est tous les deux avec [...] associés depuis [...].

J'ai gardé à peu près le même rythme de travail depuis le début, c'est à dire que je consulte 4 jours par semaine tous les jours sauf le mercredi. Avec des journées de 9 à en moyenne 13h et de 14 à 19h avec le travail derrière.

Je suis maître de stage depuis [...] Et depuis [...] je suis remplacé le mercredi après-midi. Globalement je fais des consultations de 20 minutes on va dire pour les consultations standard. Des consultations un peu plus longues parfois pour la psy, pour la pédiatrie, pour la gynéco ou quand il y a besoin. Par contre je fais peu de visite à domicile, c'est réservé aux situations de fin de vie à domicile.

Tu vois combien de patients par jour à peu près ?

Je dirais en moyenne entre 20 et 25 ; ça dépend aussi du nombre de téléconsultations que je fais entre midi et 13 heures. Globalement c'est entre 20 et 25, plutôt vers 25 par jour. Avec 3 créneaux d'urgence chaque jour.

Est-ce que tu peux nous raconter la dernière fois où t'as un ou une patiente qui t'a parlé des violences conjugales ? La dernière histoire...

C'était une de mes rares patientes qui a été adressée par le SAS (le service d'accès aux soins). Pour une histoire de ... c'était quoi ... de vertiges si je dis pas de bêtises. Et en fait elle vient avec un examen clinique qui est normal, donc on s'est plutôt orientés vers des troubles somatiques fonctionnels. [...], je lui ai proposé de faire une consultation dédiée à ça pour expliquer les symptômes, le fonctionnement des symptômes. J'ai essayé de creuser les symptômes sur les facteurs de risque qui peuvent arriver à ça. On est arrivé à ce qu'elle m'explique la situation à domicile où ça se passait pas forcément très bien avec son conjoint. Et c'est d'ailleurs souvent comme ça que je les repère. On part de symptômes physiques qui sont parfois précipités ou déclenchés par une situation à domicile complexe ou au travail d'ailleurs complexe. Et dans ces cas-là je propose de faire une consultation dédiée à ça.

Là, c'est une patiente qui avait un médecin traitant mais en qui elle avait pas forcément confiance, en tout cas pas sur ces sujets-là. Et qui a préféré continuer le suivi avec moi donc j'ai accepté de la suivre. On a fait des consultations un peu là-dessus.

Donc c'est toi qui as demandé à ce moment-là ?

C'est pas moi qui ai demandé, j'en ai parlé. J'ai parlé des facteurs de risque de développer des symptômes somatiques fonctionnels. J'ai dit que dedans il y avait les psychotraumatismes d'origine physique, les violences soit d'origine physique, sexuelle ou verbale dans l'enfance ou à l'âge adulte. Et en fait en laissant parler c'est elle qui m'en a parlé spontanément. J'ai pas posé la question directement.

Il se passait quoi chez elle ?

D'après ce qu'elle m'a décrit, il n'y avait pas forcément de violences sexuelles ou physiques si je me souviens bien. Par contre il y avait beaucoup de violences verbales surtout à type de rabaissement. Et puis le ton qui montait très souvent. C'est une situation qui était très stable la première année et qui s'est dégradée assez rapidement par la suite avec des hauts et des bas. D'après ce qu'elle me décrivait c'était plutôt quelqu'un qui avait un type pervers narcissique. On a un peu creusé là-dessus, je lui ai parlé du violentomètre. On a regardé où elle se situait par rapport à tout ça.

Globalement j'ai surtout essayé de faire en sorte de la laisser parler. Pas trop lui dire quoi faire. Je lui ai donné quelques infos sur les assos type... j'ai un trou.. Milena ! Et je lui ai donné 2-3 petits conseils, par exemple je lui avais parlé de préparer un sac, une valise à mettre dans un coin avec des affaires pour le jour où si jamais ça se dégrade d'avoir une solution de repli rapide. C'était surtout des conseils là-dessus ; essayer de lui faire prendre conscience, même si elle en avait déjà un peu conscience, que la situation était pas forcément normale. Que ça avait des répercussions, des psychotraumatismes etc.

Et une fois qu'elle t'avait dit ça, tu l'as revue ? T'as fait comment derrière avec ce qu'elle t'a dit ? T'en a fait quoi ?

Je lui ai proposé de la revoir. Je sais plus précisément... *Tape au clavier...* Je vais dire ça tout de suite. Je crois que je lui avais laissé la porte ouverte. Je ne lui avais pas forcément donné un rendez-vous de contrôle, je lui avais dit que si elle voulait rediscuter de ça, on pouvait organiser cette consultation mais je préférais que ça vienne d'elle. Donc je ne lui avais pas donné de rendez-vous de contrôle précis. Je crois pas qu'elle ait reconsulté, enfin pas pour ça depuis.

D'habitude toi tu le demandes ? Comment tu fais pour repérer les violences ? Comment tu l'abordes ? Est-ce que tu le fais ?

Je n'en parle pas systématiquement. Je dirai que les différentes manières d'y arriver c'est soit le patient qui en parle spontanément mais c'est finalement plutôt rare. Souvent je dirai que c'est plutôt dans la continuité des consultations psy et des troubles somatiques fonctionnels que je fais où on l'aborde sur ces choses-là.

Je peux poser la question quand il y a un syndrome anxieux ou quand il y a une suspicion de stress post traumatique ou de psychotraumatisme avec de la dissociation etc. Soit je pose la question, soit je dis que ça peut être secondaire à des violences donc je laisse la possibilité d'en parler. Mais c'est un peu dans la continuité de pas mal de consultations que je fais là-dessus.

Des fois aussi y a le feeling. Tu sens qu'il y a quelque chose un peu particulier. Soit je pose ouvertement la question « est-ce que vous subissez, est ce que vous avez subi des violences physiques, sexuelles ou morales ? » Soit si je vois que la personne est enclin à en parler et je lui laisse amener petit à petit au rythme qu'elle veut.

Quand il y a quelqu'un qui t'en parle ça entraîne quoi dans ta consult, dans ta journée, ton organisation globale ?

Tout dépend du moment où on se trouve dans la consultation. Si c'est en fin de consultation je pense que je vais proposer un nouveau contrôle. Si jamais j'avais flairé ça avant le début de la consultation je vais essayer d'en parler assez rapidement. Et si c'est au milieu de la consultation c'est un peu au cas par cas. Si je vois qu'il y a une opportunité à saisir qui ne se reproduira pas forcément je le fais quitte à prendre le retard. Si je vois que c'est quelqu'un qui est enclin à en parler et qui a envie de creuser dans ce cas je prévois une consultation dédiée à ça, du coup plutôt de 40 minutes.

En dehors de tes consultations ça te prend de l'énergie, du temps ... ?

En dehors des consultations ? Pas tant. Je dirais pas que c'est ce genre de situation qui me prend du temps parce que j'ai jamais eu à faire de signalement pour un risque vital avéré. Là en effet je pense que ça peut prendre facilement beaucoup de temps mais je n'ai jamais rencontré ce genre de situation pour le moment donc c'est pas des motifs qui vont me prendre du temps hors consultation. Et je fais en sorte de me garder suffisamment de temps pendant la consultation pour faire une consultation dédiée à ça et éviter de trop dépasser.

T'as des outils pour poser la question ?

Je pense qu'inconsciemment je dois utiliser des outils de communication quand je sens que... Enfin adapter en fonction des patients quand je vois que le ou la patiente en parle spontanément, pas besoin de techniques particulières.

Sinon je pense qu'inconsciemment je m'adapte au patient ou à la patiente que j'ai en face de moi avec des techniques plutôt basées sur l'entretien motivationnel parce que j'ai fait une formation là-dessus.

Et parfois ça peut être plus brut de décoffrage. Je sais que des fois y a des consultations je vais vraiment poser la question de manière directe. Je sais pas s'il y a quelque chose qui fait que je vais plutôt faire ça ou y aller à tâtons. Je pense que c'est plutôt le ressenti que j'ai en fonction de la patiente ou du patient et de sa manière de l'amener.

T'as parlé du violentomètre tout à l'heure, tu l'utilises souvent ?

Je l'utilise quand j'ai une impression de déni de la patiente ou du patient. Quand j'ai un ressenti là-dessus et que j'ai envie de faire prendre conscience que les choses qui se passent dans le foyer ne sont pas normales. En tout cas ne sont pas acceptables.

Je vais souvent utiliser ça ou quand je vois une évolution dans la relation. « À ce moment-là on était encore dans le vert, ça fait quelques mois qu'on passe dans le jaune et quelques trucs dans le rouge. » ça permet de montrer une évolution rapide. Mais c'est surtout quand il y a du déni pour essayer de faire prendre conscience, pas forcément agir mais prendre conscience que la situation a un impact.

On dit de partout, repérer des violences ça prend du temps, tu l'as dit c'est quand t'as le temps dans ta consult, comment tu gères ?

J'accepte d'être en retard. Je me dis qu'il y a tout un tas de situations, typiquement quand on va accueillir quelqu'un à qui on va devoir annoncer un cancer dans la journée on n'a pas forcément le temps de se bloquer un créneau de 40 minutes ou d'une heure et pourtant on le fait. Ça fait partie des choses pour lesquelles j'accepte de prendre du retard parce que je me dis que c'est difficile pour les personnes qui subissent des violences de faire la démarche d'en parler donc si elles le font il faut saisir l'opportunité.

Quand tu ouvres cette porte tu t'en rends compte que tu vas être en retard sur tout le reste de ta journée ?

Ouais

Et ça pour toi ça fait quoi ?

C'est ok. Je pense, les formations sur la communication ça aide aussi à ça. Plutôt que de m'excuser en arrivant en salle d'attente, je remercie les patients d'avoir patienté. Ça change

la donne pour moi parce que je n'ai pas fait d'erreur. Je ne suis pas en retard parce que j'étais en train de me tourner les pouces. C'est parce que j'ai pris plus de temps avec quelqu'un qui en nécessitait. Pour les patients, qu'on les remercie on me reprochera rarement mon retard. Peut-être que ça provient de là.

J'essaie de faire en sorte de pas avoir trop de retard non plus. Très rarement plus de 30-45 minutes. Mais j'accepte d'avoir un peu de retard s'il y a besoin.

C'est comme ça que tu gères ?

Oui, je me dis que c'est aussi important que le gars qui est en train de faire un infarctus. Quand on est capable de prendre 45 minutes pour faire un ECG appeler le cardio etc je pense qu'on est aussi capable de faire ça quand on a une main qui est tendue pour des violences. Parce que finalement la finalité peut être la même.

Est-ce qu'en dehors de prendre le temps quand il vient est ce que t'as d'autres stratégies pour gérer ce temps-là sur les violences ?

Ouais reconvoquer. Vu que la plupart du temps c'est rarement les violences qui sont évoquées, souvent ça va être un syndrome anxiodépressif ou un symptôme psychiatrique. En tous cas sur ces symptômes psychiatriques j'essaie de faire en sorte de reconvoquer sur les consultations de 40 minutes, de faire une échelle Hamilton ça permet de ne pas faire une consultation de 40 minutes payée 26,5 euros.

Et ça permet au patient de prendre un peu de temps pour digérer le fait qu'il commence une démarche de prise en charge de troubles psychiatriques. Et ça leur laisse la possibilité s'ils le veulent de pas revenir. S'ils veulent annuler la consultation ils peuvent, ils ne sont pas « coincés » dans la consultation.

J'aime bien laisser la possibilité, laisser le choix au patient. Des fois quand je sens vraiment que ce n'est pas encore mûr, je vais d'abord me concentrer sur les symptômes psychiatriques, essayer de creuser, de tendre des perches. S'ils la saisissent on s'attaque à ça ; s'ils ne la saisissent pas peut être que je ré essaierai un autre moment.

Est-ce qu'il y a des choses qui influent ta décision de parler ou non des violences ?

Ma disponibilité mentale.

Je pense qu'il y a beaucoup plus de chances que je parle de ça en début de journée quand j'suis encore frais qu'en fin de journée à 18 h et après une journée assez compliquée. Ou alors quand il y a déjà beaucoup de retard.

Même si ça m'impacte finalement assez peu le retard. Si j'attaque une consultation de 20 minutes et que je flaire un problème comme ça, je vais essayer de reconvoquer plus facilement. Pareil si jamais je sais que c'est une personne que je revois très régulièrement, je

me dis que je peux attendre la consultation suivante et me préparer aussi moi psychologiquement à aborder ça. Quand je sais que c'est une personne que je vais voir une fois par an je vais peut-être plus insister ou prendre le temps s'il le faut à ce moment-là.

Tu as parlé de disponibilité mentale et de psychologiquement. Qu'est-ce que ça implique ? Qu'est-ce que ça veut dire ?

C'est à la fois chronophage, à la fois énergivore. Même si on fait toujours en sorte de se protéger et de ne pas faire de transfert etc. C'est des situations qui ne peuvent pas laisser de marbre et il y a forcément de l'affect qui rentre en jeu. Même si on n'a pas forcément vécu les mêmes situations, ça reste des personnes qui subissent des violences. Quand on fait ce métier c'est qu'on a quand même un minimum d'empathie, ça joue forcément là-dessus. C'est pour ça que je ne me verrai pas faire que ça. Je continue de le faire parce qu'il n'y a pas que ça et que j'ai des ressources mentales et psychologiques là-dessus. Mais c'est sûr que quand on enchaîne les consultations là-dessus la disponibilité mentale diminue petit à petit... Et l'empathie avec.

Dans ta journée en dehors des moments plus difficiles sur les violences, comment tu fais pour gérer, pour être à l'heure, pour gérer ton temps de façon générale ?

Pour optimiser mon temps ?

Je me mets des absences dans la journée. Vu que j'enchaîne pas forcément les consultations j'ai une pause dans la matinée et deux pauses dans l'après-midi. Qui ne permettent pas forcément de faire de pause mais de rattraper un peu le retard. Maintenant que je travaille avec l'interne ça me libère du temps pour faire l'administratif etc. Que j'avais pas forcément le temps de faire avant. Après si je vois qu'il y a des consultations plus simples je vais pas forcément faire 20 minutes précises s'ils n'y a pas de nécessité de prendre 20 minutes. Dans ces cas-là je regagne un peu de temps quand j'ai pris un peu de retard.

T'arrives à voir tout le monde ? A reconvoquer tes patients ?

Je leur propose à la fin de la consultation, je leur laisse le choix entre leur donner un rendez-vous d'emblée de contrôle soit qu'ils prennent rendez-vous eux quand ils en sentent le besoin. Après j'essaie de faire en sorte de gérer mon planning. Actuellement j'ai une semaine de délai. Mais je me laisse des possibilités de caler des patients entre deux ou sur les jeudis où je suis avec l'interne. Ça me permet de reconvoquer les patients assez précocement. Mais dans les 2 semaines c'est sûr que je garde la place de reconvoquer les patients. Je fais en sorte de pas prendre trop de patients aussi pour garder cette possibilité de les reconvoquer et pour les patients puissent consulter semi rapidement.

T'as pas l'impression que quand tu dois reconvoquer quelqu'un c'est trop tard ?

Ça a pu l'être quand j'étais dans le gros des nouveaux patients où il y en avait 4-5 nouveaux par jour. Là maintenant que je prends plus au compte-goutte c'est plus jouable. Je suis revenu à un délai moyen de 4-5 jours je dirai ; qui pour moi est acceptable. Sachant qu'on a des créneaux d'urgence.

T'as dit « trop de patients », qu'est-ce que c'est ?

C'est une bonne question. Je pense qu'il n'y a pas de définition. Ça dépend du rythme d'exercice, de la manière d'exercer, ça dépend de comment on voit les choses niveau patientèle / perso / santé publique. Je considère que, en m'installant je suis parti du principe qu'à moi seul je ne pourrai jamais éponger tous les gens qui n'ont pas de médecin traitant et je préfère voir moins de patients mais bien les voir plutôt que de voir tout le monde et mal voir tout le monde.

Je sais qu'il y a certains médecins traitants qui ont 3 mois de délai pour voir leur patient, pour moi ça n'a pas trop de sens parce que si on est dans de l'aigu ou du subaigu, non seulement pour le patient ce n'est pas confortable et le médecin non plus. On ne peut pas reconvoquer, on ne peut pas revoir les gens rapidement.

Je n'ai pas la solution au niveau santé publique mais en même temps je préfère garder un confort pour moi d'exercice médical mais aussi et surtout pour mes patients.

Je cherche mon « trop de patient » à tâtons mais je me dis que je pourrai toujours continuer de prendre des nouveaux patients mais je ne pourrai pas supprimer des patients que je suis déjà. Je préfère y aller petit à petit, faire des paliers. Quitte à reprendre des patients à un moment donné si je vois que les délais de consultation sont vraiment très courts.

T'as combien de patients dans ta patientèle médecin traitant ?

Je dois être à 800... Un truc comme ça. Le truc de la sécu c'est pas vraiment actualisé, la dernière fois j'étais à 750 donc je dois être autour de 800-850 max.

Et ça c'est beaucoup ? Pour toi ?

Je crois que la moyenne nationale c'est à 800... Je crois que je suis un peu en dessous de la moyenne. *Cherche sur son ordinateur.* La moyenne patient médecin traitant c'est 1000. Donc probablement que j'y arriverai à un moment donné après c'est pas forcément un objectif en soi pour moi. C'est juste en fonction de mon ressenti par rapport au délai de prise en charge, au délai de consultation. Mais je ne culpabilise pas d'être à 800 au lieu de 1000. J'ai arrêté de culpabiliser.

Ça l'a été ?

Forcément quand on s'installe c'est un peu la question avec la pression de la CNAM, la politique etc. Est-ce qu'il faut que je prenne tout un tas de patients ? Après quand on a des retours d'expérience de médecins qui sont complètement dépassés par le nombre de patients je pense que c'est pas une fin en soi même s'il y a des gros besoins au niveau national on ne peut pas être responsable de tous les maux.

On a beaucoup entendu et lu dans la littérature que les médecins généralistes n'ont pas le temps de poser la question des violences, qu'est-ce que t'en penses ?

Je dirai que c'est surtout le manque de formation au niveau communication. Finalement quand on se forme en communication... Tout le monde pense que la communication ça prend du temps. Je pense que ça prend de la disponibilité mentale. Après du temps, au début quand on n'est pas à l'aise oui ; après quand on est à l'aise plus on se rend compte que c'est plutôt un gain de temps. Souvent de laisser parler... Les études disent que le délai moyen d'interruption est souvent ultra court et en fait là-dessus la plupart sont en conscience. Mais on oublie trop souvent les patients sont les premiers à nous apporter les informations primordiales. On peut avoir l'impression qu'on perd du temps quand on laisse parler mais en fait c'est un gain de temps à moyen et long terme.

Ce que je peux comprendre c'est que ça soit pas forcément aisé de discuter. Surtout en fonction de nos histoires personnelles, nos affects vis-à-vis de ça. Mais niveau temps je ne suis pas forcément d'accord. En tous cas pour moi c'est pas le plus gros frein.

Ça serait quoi ton frein ?

Si je sens qu'il y a trop d'affect. Que je suis dans une prise en charge subjective et pas objective je ne me lancerai pas. Parce que je pense que c'est typiquement le genre de sujet et de motif où il faut garder de l'empathie mais garder une attitude professionnelle. Si je sens que ça m'affecte trop dans ce cas-là je mets des "holà".

Tu t'en rends compte quand tu les mets ?

Probablement plus *a posteriori*. Je pense que ça a déjà dû m'arriver de contourner des problèmes quand je sens que j'ai pas la disponibilité mentale ou qu'il y a trop d'affect ou je ne sais quoi. Je vais le faire spontanément et *a posteriori* je me dis qu'il y a peut-être une perche de tendue et tu l'as pas saisie mais si tu l'as pas saisie il y a une bonne raison.

C'est bien de s'en rendre compte

Probablement pas tout le temps. Y a des fois où je m'en suis rendu compte. Mais le nombre de fois où il y a des perches qui sont tendues et qu'on ne voit même pas...

T'as des choses que tu voudrais rajouter par rapport à ce sujet ? Ou d'autres choses ?

Qu'il faut se former en communication ! *Rires*. On a très peu de formation là-dessus pourtant on passe notre vie à communiquer. Même en dehors du côté professionnel, dans tous les cas les formations sur la communication c'est un gros plus. Même au niveau vie perso. Puis ça peut sauver des vies quoi...

Merci ! On t'a posé toutes nos questions. T'en as pensé quoi ?

J'ai pas trop parlé ?

Non c'est le but !

C'est bien. Attends je vais les relire... C'est bien parce que c'est assez fluide, l'enchaînement est pas mal. Après moi, ma gestion du temps est un peu différente je pense de la moyenne. Mais du coup j'avais pas grand-chose à dire dessus.

Dans quel sens tu penses que c'est différent ?

Je pense que je prends plus de temps par consultation que la moyenne des médecins. La plupart ne sont pas à 20 minutes en moyenne... Je sais plus à combien elle est.. 16 minutes. Sachant que dedans il y a des consultations psy en général je mets 40 minutes. Même si c'est pas tous les jours... Quoi que si en fait c'est tous les jours.

Ce qui revient tout le temps c'est le temps ?

Nous on est parti des recos de la HAS qui sont sorties en 2022 et l'année dernière ils ont sorti un outil pour le repérage des violences. Je sais pas si tu le connais. Dans leurs analyses pour faire cet outil-là, ils ont repris tous les freins. Dedans il y a le temps donc on est parti là-dessus

Cherche l'outil sur l'ordinateur. Ah voilà ! Lit l'outil

Tu connaissais ?

Non. « Il y a 3 fois plus de chance de dépister les violences en posant directement la question. » Ça je le faisais quand je bossais au centre de consultation pré-IVG.

Tu faisais quoi ?

Je faisais des consultations pré IVG dans mon UPL dans mon stage de médecine générale. C'était pas sur un questionnaire papier mais systématiquement on posait la question.

Ce que maintenant tu fais un peu moins, t'es plus dans selon ce que tu sens.

Oui et c'est beaucoup moins difficile de poser la question là-bas parce que c'est dans le cadre des IVG. Donc t'es déjà dans le côté gynéco. C'est beaucoup plus difficile de poser la question des violences dans le cadre d'une consultation d'angine quoi.

Tu parlais de disponibilité mentale mais ça va aussi du côté patient. Le gars qui vient pour une angine il est pas prêt à accueillir ce genre de propos.

Je vais me l'imprimer ce truc-là.

Entretien M2

[...]

Est-ce que tu peux me raconter depuis quand tu es installée, quel type de patientèle tu as, comment tu travailles, quels sont tes créneaux de consult et durée, tes types de consultations, ce genre de chose...

[...] J'ai une patientèle jeune, plutôt jeune. J'ai assez peu de personnes âgées. Beaucoup de jeunes familles. Je fais beaucoup de gynécologie, je vois beaucoup de bébés, [...]. Ma patientèle s'est un peu orientée vers des gens qui ont besoin de parler, qui ont besoin de soutien. Mais je fais aussi du suivi tout venant.

Tu vois combien de personnes par jour ?

Pas beaucoup. Je ne vois pas plus de 15 personnes par jour. 15 à 18, 18 les grandes journées. Je fais des consultations longues.

C'est quoi longues ?

40 minutes. Je fais des consultations longues en gynéco, en pédiatrie et en psychothérapie. Donc si on cumule tout ça, ça finit par faire pas mal de consultations longues.

T'es toute seule ?

Non j'ai un collaborateur, une remplaçante et des internes. Non c'est un associé maintenant.

Est-ce que tu peux me raconter la dernière situation où t'as eu un·e patient·e qui t'as parlé de violences conjugales, ou c'est venu dans la consultation ; un peu comme si on la refaisait ?

Oui. C'est une dame qui était en cours de séparation. Qui me parlait déjà depuis longtemps, elle avait décidé de mettre fin à la relation mais la décision était difficile à prendre. C'est quelqu'un qui est un peu abandonnique, pour qui c'est difficile de se retrouver seule. La relation ne lui convenait pas mais la décision était difficile à prendre.

Quand elle a parlé de la séparation à son conjoint, son compagnon s'est énervé, il a crié, il l'a secouée. Elle s'attendait pas du tout à ça. Elle considérait que sa relation était plutôt sereine. Or ce n'était pas mon appréciation que la relation était sereine. Déjà à plusieurs reprises je l'avais entendue dire qu'il était très opposant... Elle n'avait jamais parlé de gestes violents mais je pense que ça avait déjà pas mal crié et que c'était pas si serein que ça.

C'est elle qui t'en a parlé ?

C'est elle qui en a parlé oui.

C'est venu tout seul ?

Elle venait parler de ça. En fait elle vient parler. C'est quelqu'un qui vient parler. Elle venait parler de sa séparation, qu'elle en avait parlé et que ça s'était passé comme ça.

Tu lui avais déjà demandé à cette personne ?

Oui. De toute façon tous les gens que je vois en accompagnement psychothérapeutique, [...] je leur demande s'ils sont concernés par la violence. Enfin c'est pas complètement vrai. Je me rends compte en réfléchissant bien que je demande systématiquement à toutes les femmes et pas forcément à tous les hommes. Mais je demande systématiquement à toutes les femmes. Je demande à toutes les femmes que je vois en gynéco.

Quand j'ouvre des dossiers, quand je prends le temps, quand je reçois quelqu'un pour remplir un nouveau dossier, ce qui m'arrive pratiquement plus en fait. Mais quand même une fois de temps en temps ça fait partie de l'entretien systématique : le tabac, l'alcool, les toxiques et est-ce que vous êtes ou vous avez été concerné par la violence ?

Mais du coup ça se rattrape pas. Je ne faisais pas ça évidemment il y a [...], j'ai gardé les mêmes dossiers. Du coup il y a des gens à qui je n'ai jamais posé la question. Parce que c'est « des vieux dossiers ». Donc y a des gens à qui je n'ai jamais posé la question. Je pose la question de façon systématique depuis une dizaine d'années. Avant "*me too*" mais depuis qu'on sait qu'on doit la poser. Il y a des gens de fait à qui je ne l'ai jamais posée.

Et je pense que je suis moins systématique avec les hommes qu'avec les femmes. Aussi je vois moins d'hommes. Mais quand même un peu moins systématique avec les hommes qu'avec les femmes.

Pour la patiente dont tu parles ça a entraîné quoi qu'elle te parle de ça ?

De la confirmer dans le fait qu'elle avait pris la bonne décision avec cette décision de séparation. Et pouvoir discuter avec elle de comment elle pourrait ne pas se retrouver dans une situation d'être seule avec lui pour des choses pratiques. Dans les situations comme vider les affaires etc. Elle a des enfants qui sont des jeunes adultes. Comment elle allait pouvoir se débrouiller, s'organiser pour ne pas se trouver seule. Elle a considéré que c'était un mouvement de colère. On n'a pas parlé plaintes ou de choses comme ça. Elle voulait pas se retrouver avec cet homme et c'est resté là. Je pense qu'elle a été confortée par le fait d'en parler.

Ta consultation elle a duré le temps que t'avais prévu ?

Oui elle, j'avais prévu 40 min et elle a duré le temps que j'avais prévu.

Ça a eu des conséquences sur ta journée, sur les suites de tes consult, sur comment tu t'es sentie derrière ?

Ça a eu des conséquences sur le fait que je lui ai donné un rendez-vous plus près. D'habitude c'est des gens que je vois entre 1 mois - 6 semaines et là je lui ai donné un rendez-vous à 15 jours en lui disant que ce n'était pas anodin. C'était des choses auxquelles elle allait peut-être pouvoir y repenser. Ça pouvait arriver qu'on en cauchemarde ce genre de choses. Du coup je lui ai proposé de la revoir plus rapidement. Donc ça a eu cette conséquence-là. D'avancer la consultation d'après.

Sur la question des violences, tu le fais comment le repérage ?

Quand j'ouvre les dossiers par une question systématique que j'ai travaillé en formation, en groupe de pairs etc et qui me convient. Qui est : est-ce que vous êtes ou vous avez déjà été concerné par la violence ? Parce que je trouve que c'est suffisamment vaste pour que les gens parlent de leurs parents qui se criaient dessus, de si eux ils ont subi des choses enfant, maintenant.

Ça m'est arrivé une seule fois que quelqu'un me dise « oui moi ça peut m'arriver d'être violent » à cette question-là. Ça m'est arrivé qu'une fois. Mais je pense que ça peut arriver si j'étais plus systématique. Peut-être que si j'étais plus systématique avec les hommes ça m'arriverait.

Je pense que là où je ne suis pas complètement systématique non plus c'est chez les jeunes ados. Peut-être que ça pourrait aussi déclencher des choses. Après les consultations d'ado c'est déjà tellement long. Parce qu'il y a ça aussi. Les consultation d'ados dès lors qu'on se met à parler toxiques on se retrouve à parler binge-drinking machin truc bidule.. Mais il faudrait aussi rajouter ça. C'est vrai que dans ce cadre-là ça pourrait être une limite. Et que je ne fais pas très systématiquement. Aussi parce qu'on ne les voit pas toujours seuls les jeunes ados.

Tu dis que tu l'as travaillée ta question, ça veut dire qu'elle a changée au cours du temps ?

Ça veut dire que plus jeune il n'y avait pas du tout. Et que oui, quand j'ai commencé... Je pense que ça a commencé en groupe de pairs. A réfléchir comment on fait, comment on pourrait faire. Après j'ai fait une formation, mais c'était pas une formation repérage des violences. Je me souviens plus exactement ce que c'était cette formation et comment on en est arrivé là. Et donc à plusieurs on a essayé de goupiller comment on pourrait faire pour que ça soit assez flou pour que ça parle des violences subies et des violences faites et des violences passées et des violences actuelles pour en arriver à cette question qui aujourd'hui me convient.

Et ce que je ne fais pas non plus, c'est que je ne l'écris pas systématiquement dans les dossiers. J'ai commencé à le faire systématiquement et j'ai des gens qui m'ont demandé de ne pas le faire en me voyant écrire. Et parce que, une fois, tu sais on envoie les DMP (dossier médical partagé) maintenant. Une fois, j'ai eu une patiente qui m'a demandé, parce que les gens reçoivent un avis quand on met un DMP sur mon espace santé. Une fois j'ai une patiente qui m'a demandé d'enlever la mention d'une IVG. Et je me suis dit que ça pourrait bien être le genre de choses qu'on me demande de ne pas mettre. Donc pour l'instant c'est dans ma tête. Après ça a ses limites.

Quand tu la poses cette question ça fait quoi dans tes consultations en général ?

Ça étonne les gens d'âge mûr. Ça étonne pas du tout les jeunes en dessous de 40 ans, ça n'étonne pas du tout. Je pense que c'est vraiment rentré dans les mœurs que ça concerne les médecins, et que les médecins peuvent être une ressource pour ça. Donc c'est un peu normal que le médecin vous pose cette question-là.

Chez les personnes âgées ce qui sort c'est des questions de maltraitance d'enfance. Et alors là on ouvre la porte quoi. C'est plus là que les problèmes de temps se posent. Parce que quand il y a quelqu'un de 60 ans qui se met à te dire qu'ils ont été battus ou que leurs parents se tapaient dessus etc. Là ça a des conséquences. Voilà. Faut leur demander si c'est quelque chose qui est toujours un problème actuellement. S'ils en ont déjà parlé, s'ils veulent en parler. C'est pas tellement dans le quotidien quand les gens te parlent de quelque chose qui est en train de se passer que ça désorganise. Parce que ça on va faire revenir les gens, c'est quelque chose qui est en train de se passer on se dit ok c'est un sujet. Mais par contre quand on ouvre la boîte de pandore pour des vieux trucs alors là... Voilà. C'est un autre chantier.

Un chantier

Oui c'est un chantier.

Toi tu es toujours apte à la poser cette question ?

J'ai plus de mal avec les hommes qu'avec les femmes. Avec les femmes c'est facile. Avec les hommes, surtout si je perçois ou si une dame m'a dit de son compagnon. Des fois je suis mal à l'aise. Je suis plus mal à l'aise avec les hommes de poser cette question.

Peut-être que de façon très subjective je les pense moins accessibles mais c'est parfaitement subjectif. Et à 2 reprises j'ai des patients dont les femmes m'avaient parlé de violences conjugales où je me suis débrouillé pour envoyer le monsieur à quelqu'un d'autre. Parce que je ne me sentais pas de prendre en charge ce monsieur et d'être bienveillante avec ce monsieur. Du coup je suis moins à l'aise avec les hommes.

Je trouve ça compliqué d'être bienveillante avec un monsieur quand une dame m'a dit 15 jours avant « mais en fait il m'a tapé dessus. » Et une fois, c'est un patient dont on a parlé d'ailleurs, il a rompu notre relation thérapeutique dès lors où il s'est rendu compte que sa femme m'en avait parlé. Il a arrêté de venir me voir. Donc je pense que pour ces gens-là aussi c'est mieux qu'ils aillent voir ailleurs.

En terme de soins qu'on leur procure ?

Oui.

T'as parlé de formation, que t'en as parlé en groupe de pairs... T'as des outils, des astuces pour en arriver à tout ça, pour poser cette question ?

Non c'est plus des échanges entre collègues. Quand on se met à parler d'une situation on se dit qu'on pourrait être plus systématique. [...]

Moi je ne suis pas forcément une grande fan des questionnaires systématiques. C'est important pour donner des repères mais il faut qu'on les ait dans la tête et qu'on le fasse plutôt dans un entretien fluide plutôt qu'utiliser un truc écrit. Par exemple les tests d'Epworth, les échelles d'Hamilton je les remplis *a posteriori*, je le fais pas pendant les consultations. Je pose les questions parce que je les ai en tête et je les remplis *a posteriori*. Tout ce qui est dépistage systématique, plus c'est naturel et plus c'est fluide, moins ça utilise un outil matériel. Il faut utiliser un outil mais il faut que cet outil soit dans la tête du thérapeute parce que sinon ça met une barrière. Ça met quelque chose entre les gens et nous. Il faut pas que les gens se rendent compte qu'on est en train d'utiliser un outil. Ça je pense que c'est une limite.

Pourquoi faut pas qu'ils se rendent compte ?

Parce que c'est moins nous, un outil c'est quelque chose de l'extérieur. Quand on parle de ce genre de chose, ce qu'on veut c'est créer une relation thérapeutique forte d'individu à individu. Certes de soignant à soigné mais d'individu à individu. Et un soignant avec un papier ou un ordinateur c'est un petit peu moins un être humain. Alors on a besoin de l'ordinateur des papiers des machins, mais c'est nous qui en avons besoin. Les gens, ils en ont pas besoin. Les gens ils ont besoin d'avoir en face un être humain qui est complètement à eux pendant qu'il leur parle.

Tu gères comment le temps quand tu fais ce repérage-là ?

Je redonne des rendez-vous. Moi je déteste être en retard, c'est quelque chose qui me met mal à l'aise, qui m'angoisse en fait. Je laisse le retard s'installer uniquement dans l'urgence somatique. Dans la douleur thoracique, la prise de rendez-vous qui doit être immédiate avec un spécialiste. Dans l'urgence psychique je donne des outils pour là tout de suite comment

vous pouvez vous sentir mieux etc... Je me suis jamais trouvée dans une situation où il fallait extraire une femme du domicile en urgence parce qu'elle risquait sa vie, je ne me suis jamais trouvée dans cette situation. Mais ça, ça devient une urgence somatique en l'occurrence. Ça devient un risque de mort.

Mais dans l'urgence psychique, je donne des repères, des aides. Voilà ce que vous pouvez faire maintenant pour aller mieux, pour vous protéger. Mais j'ai besoin de temps pour en parler avec vous et vous, vous avez besoin de temps pour en parler. Donc je vous revois ce soir à 20h, demain je vous revois en plus sur mon temps mais pas là dans cette consultation-là. Je me dis la porte a été ouverte, je donne des repères de bien-être et je redonne un rendez-vous que je prévois long.

A quelle distance le rendez-vous ?

C'est vraiment selon mon ressenti. Le plus proche possible pour ne pas laisser les portes se refermer. Dans la semaine de toute façon mais des fois même dans la journée, le soir à la fin de mes consultations... Le plus proche possible.

Et puis quand ça parle de vieilles histoires par contre plus à distance. Parce que si ça a déjà 40 ans, on n'est pas à 15 jours près. Je leur explique ce que je peux leur proposer, quelles sont mes limites, si je peux les adresser etc.

Tu dis que t'aimes pas être en retard dans ta journée par contre reconvoquer quelqu'un après tes consultations ça ne te dérange pas ?

Ça me dérange moins parce que ça ne concerne que moi en fait. J'aime pas être en retard parce qu'il y a des gens dans la salle d'attente qui vont peut-être chercher leur gamin à l'école une demi-heure plus tard. J'aime pas ça. Moi quand je vais chez le médecin ça m'insupporte complètement le retard donc j'ai pas envie de faire subir ça à mes patients. Quand c'est une histoire de vie ou de mort : je vais dans la salle d'attente je dis je vais être en retard pour telle raison, si vous voulez partir et reprendre un rendez-vous je vous verrai plus tard. Je préviens les gens. Sinon si ça parle de confort ça me dérange pas de faire revenir les gens. Ça arrive pas si souvent, c'est pas un truc ultra courant. J'ai déjà des rendez-vous longs, des pauses tous les 4 rendez-vous. Donc j'ai une marge de confort qui est importante en fait.

Tu dis que tu leur donnes des outils de bien être, c'est quoi ?

Des outils de protection : est-ce que vous pouvez aller chez quelqu'un ? Comment vous pouvez faire pour pas vous retrouver seule avec cette personne ? Est-ce que vous avez besoin d'aide pour dormir ? Est-ce que vous avez besoin d'un arrêt de travail ? Puis des choses pratiques : vous n'éteignez jamais votre téléphone, vous le gardez toujours à portée de main. Vous gardez toujours sur vous vos papiers. Le fait d'avoir une banane avec vos affaires sur

vous, ne pas poser vos affaires avec vos clés de voiture. Des choses de ce type-là. Des fois la respiration, la cohérence cardiaque, des choses pour s'apaiser.

Et puis une expression que j'utilise beaucoup c'est « courage fuyons ». Quand ce genre de chose démarre, barrez-vous, tournez les talons, ne vous retournez pas, ne laissez pas monter. Dites-vous qu'il peut être comme ça et qu'il faut juste s'en aller. Et ça dans plein de cas ça va vous protéger.

Je sais pas si t'entends mais moi je m'entends parler et je dis « il ». Dans ma représentation c'est l'homme qui est un agresseur. On sait que c'est vrai dans 90% des cas mais c'est pas la réalité. Faut faire attention.

Hormis le fait que ça soit un homme ou une femme, il y a d'autres choses qui influent pour toi pour poser la question ?

Je sais pas si c'est le sens de ta question mais il y a une question que je pose toujours c'est : est ce qu'il a déjà touché les enfants ? Parce que là j'agis pas forcément pareil en terme de délai. Mais c'était pas ta question.

C'est quand même intéressant. Est-ce qu'il y a des fois où tu peux sentir qu'il y a un truc mais que là pour toi c'est pas le moment d'en parler. Qu'est ce qui fait que c'est pas le moment ? Pourquoi t'en parles ou pas ?

Effectivement chez les ados quand les consultations ont déjà été très longues, parce que les consultations d'ado sont longues, je peux proposer de revenir pour un truc, pour une bêtise. Style "allez on fera le vaccin la prochaine fois, ah oui je ne t'ai pas renouvelé tes semelles je préfère ré examiner tes pieds donc on va revenir."

Très souvent chez les gens on sent qu'ils ont quelque chose à dire mais c'est pas le moment. A ce moment-là on ouvre les portes. Peut-être que vous avez d'autres choses dont vous avez besoin de me parler. Qu'est-ce que vous en pensez, à la prochaine consultation ? Ou bien je vous redonne un rendez-vous pour ça ? Je propose.

Et puis il y a des gens ça prend des années voire des dizaines d'années. J'ai une de mes patientes que j'accompagne aujourd'hui sur un psychotrauma de type 2 avec des viols répétés à l'adolescence. Je pense que je la connaissais depuis [...] avant qu'elle en parle. Et elle a eu plein de soucis de santé qui font que plein de fois j'ai cherché. Que plein de fois je lui ai dit "mais c'est peut être pas que ça, je me demande ce qui vous amène dans cette situation-là". C'est quelqu'un qui a vécu des situations violentes dans son travail. Elle était éducatrice dans un centre fermé où on enferme des gens qui sont dangereux et donc il y avait beaucoup de violences au travail. Mais des conséquences sur sa santé me faisaient dire que c'est pas « que » le travail et j'ai posé cette question de façon répétée. Il a fallu [...] pour qu'elle me dise « oui c'est pas que au travail j'ai aussi vécu des horreurs ».

Mais ça c'est le bénéfice des médecins de famille. Un jour ça sort si on est disponible nous. Et si les gens nous ont fait suffisamment confiance. Aujourd'hui je la connais depuis [...] cette femme et elle n'en a toujours pas parlé à son mari, elle est en EMDR. Et elle ne va toujours pas bien.

Le temps, de toute façon, il est au bénéfice. Je pense que sur les vieilles histoires le temps il est toujours au bénéfice d'une relation thérapeutique de qualité.

Qu'est ce qui fait que toi t'es disponible ?

D'abord que c'est ce qui m'intéresse dans mon métier. Les angines ça m'intéresse pas trop. Même le diabète je crois ça m'intéresse pas trop. Je fais mais bon. C'est ce qui m'intéresse dans mon métier parce que c'est ce qui permet d'être vraiment présent auprès des gens.

Qu'est ce qui fait que je suis disponible ? Je pense que j'ai des caractéristiques psychiques qui font que ça m'atteint assez peu. Sur le plan personnel c'est pas des choses que je rapporte à la maison. Ça me touche au sens où je dis « mais quelle horreur ». Mais ça me touche assez peu émotionnellement parce que je suis quelqu'un d'assez blindé émotionnellement. Je me disais déjà ça pendant mes études, le fait que les gens meurent, je m'en fous. Ce qui m'atteint c'est le chagrin des gens autour. Mais les gens meurent, les gens meurent oui. Mais que les gens autour soient malheureux, voilà. Donc quand il sort des choses comme ça, ça ne me démolit pas émotionnellement. Ça me parle pas de moi, c'est pas de choses que je rapporte à la maison. Du coup j'ai de la place, c'est pas comme si ça remplissait le panier.

Ça a toujours été comme ça ?

Oui ça a toujours été comme ça. Ce dont je me suis rendu compte c'est que je m'en foutais que les gens meurent. Ça je m'en suis rendu compte dès l'externat. Où je voyais les collègues « oh madame machin elle est morte » ; oui madame machin elle est morte elle avait un cancer phase terminale. Donc oui, mais faut être présent auprès de ses enfants. C'est dur.

Et puis je me suis interrogée. [...]. Parce que l'implication émotionnelle elle est qu'avec les gens que j'aime. Et mes patients je ne les aime pas. Mes patients je suis engagée auprès d'eux, y a des gens que j'apprécie plus que d'autres mais je ne les aime pas. Du coup ça crée ça quoi.

De manière générale est ce que tu as des stratégies de gestion du temps tout court ?

Oui. Je sais depuis longtemps que le retard m'angoisse donc je fais ce qu'il faut pour pas. Ça j'ai mis des années voire des dizaines d'années à mettre en place des stratégies, à trouver le rythme qui me convient, la durée qui me convient, le nombre de pauses qu'il me fallait, la durée de journée qui me va. Je regarde beaucoup mon agenda très en avance et je rallonge les rendez-vous des gens que je connais où je sais.

Mais la réalité c'est que j'ai pas de problème d'argent. J'ai plus d'emprunt, j'ai plus d'enfants à la maison, [...]. J'ai pas de problématique d'argent. Donc s'il faut plusieurs patients dans la journée qui ont besoin de 40 minutes et qui vont payer 26,50 euros ça me pose pas de problème. Ça c'est un confort.

Et je sais très bien que quand j'avais 3 enfants à charge et un mari qui avait un tout petit métier et qui ne rapportait pas beaucoup de sous, ben c'était pas la même. Mais aujourd'hui j'ai ce confort-là.

Donc mes stratégies c'est de ne pas me mettre en peine mais en anticipant.

T'arrives à voir tout le monde ? A reconvoquer tout le monde ?

Je sais pas. J'arrive à reconvoquer tout le monde que je veux reconvoquer mais je suis sûre qu'il y a des gens qui veulent me voir et qui n'ont pas de rendez-vous. Ça c'est certain. J'essaie de bien m'entourer et de choisir des gens avec qui je travaille dont je sais qu'ils offriront le même genre de qualité. C'est important pour moi. J'ai mis [...] à avoir un collaborateur. Parce que je voulais quelqu'un dont je pouvais me dire s'il voit mes patients je ne serais pas inquiète. Je pense que c'est essentiel.

Nous on est parti de tous les papiers qu'on a lu ; et partout ils disent que les médecins généralistes n'ont pas le temps de repérer les violences. Qu'est-ce que t'en penses de ça ?

Je pense que les médecins qui disent que les médecins qui disent qu'ils n'ont pas le temps et qui ne gagnent pas assez de sous ça m'énerve beaucoup. Alors on n'a pas tous la même réalité. Il faut qu'on installe nos entreprises de telle façon qu'on puisse travailler comme on a envie et besoin de travailler et qu'on ait le temps que chacun d'entre nous juge avoir besoin pour bien prendre en charge.

Et surtout se mettre une taille de patientèle en rapport avec ce qu'on peut faire. Les gens qui ont 3000 patients médecin traitant et qui se plaignent qu'ils ne peuvent pas les voir j'ai envie de leur dire tant pis pour eux t'as qu'à pas avoir 3000 patients médecin traitant.

C'est le problème de la société qu'il y ait pas assez de médecin. C'est pas ton problème individuellement. Si toi tu juges que t'as besoin de 800 patients pour bien travailler ben tu prends 800 patients. Si toi tu juges que pour être en bonne santé il faut que tu travailles 4 jours par semaine ben tu travailles 4 jours par semaine. Tu peux gagner ta vie en ayant 800 patients et travaillant 4 jours par semaine c'est ton choix. Je pense qu'il faut arrêter de gniagner. Oui on n'est pas assez payé mais je pense qu'il y a beaucoup de médecins qui choisissent leur enfer.

[...]

Tu as des choses à rajouter ?

Ben non c'était super intéressant. Bonne chance pour la suite !

Merci beaucoup !!

Entretien M3

Est-ce que tu veux commencer ou est-ce que tu veux discuter un peu d'autre chose avant ?

On va parler de l'histoire des violences conjugales hein c'est ça ? Du temps euh bah écoute non on va commencer. Quand j'ai vu le sujet je me suis dit oh la la, le mec le plus mauvais à interviewer qu'elle puisse trouver.

Ah bah non on fait exprès de voir un petit peu toutes les pratiques ! Qu'est-ce que tu veux dire par le mec le plus mauvais quand tu parles de ça ?

Bah parce que je pense pas que j'en cherche beaucoup, je pense que j'en ai vu pas mal dans ma vie forcément. J'en cherche pas beaucoup parce que, en fait soit les gens en parlent mais c'est pas du tout des questions que je pose.

Il est arrivé une collègue qui a fait une thèse là-dessus avec un accès à un site là que j'ai d'ailleurs sur mon bureau. Violences conjugales machin dès qu'il y a un doute, mais je m'en sers jamais. Mais je sais qu'il est dans ma barre des favoris.

Voilà ce que j'ai à dire en préambule.

On en reparlera courant de l'entretien. Là est ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu es installé, quelle patientèle, comment ça fonctionne ici pour toi, les créneaux ...

Alors, moi [...] - Ah tu m'enregistres pardon. *Se rapproche.* [...]

Donc je suis installé [...] sur une patientèle classique d'ici hein, sachant que c'est la patientèle elle-même qui s'est modifiée parce que le village s'est modifié. Des paysans, c'est devenu très gentry euh... avec le temps. Et voilà je fais de tout, des enfants aux personnes âgées, [...]. J'ai jamais développé un créneau particulier.

Pas développé un créneau particulier c'est-à-dire ? Là, comment ça se passe ?

Nan mais je veux dire par exemple j'ai étudié beaucoup l'hypnose, beaucoup de trucs comme ça, mais je reste beaucoup dans le niveau conversationnel. C'est rare que je reconvoque les gens pour un de mes - un de mes trucs particuliers, que j'ai plus travaillé voilà. Comment ça se passe et bien je euh... *Rires* T'en sais autant que moi, la secrétaire elle fait - enfin voilà les gens téléphonent - affecte, prennent un rendez-vous... Moi je prends 3 rendez-vous dans l'heure, et avec ça je m'en sors à peu près. Si vraiment je suis obligé d'intercaler un 4e, il faut que ce soit une petite rhinopharyngite de 5 min sinon je suis en retard systématiquement. Donc ça c'est un rythme qui me va bien, et... Évidemment parfois je suis quand même en retard parce que... Après moi je garde les gens en consultation le temps qu'il faut que je les garde.

C'est-à-dire qu'il y a des gens qui effectivement restent là une demi-heure, et après voilà. Sauf quand après ils ont re - une demande par-dessus, à propos, ils étaient sur un créneau d'urgence, "à propos du renouvellement de mon ordonnance" tout ça, là je suis assez ferme, je les garde pas. Enfin je leur dis non. Mais sinon, euh, voilà j'essaie de gérer à peu près tout dans la consultation, je limite pas mon motif.

Silence

Voilà. Comment ça se passe bah ça se passe bien hein. Parce que ça fait [...] que je suis installé, je viens toujours avec plaisir oui. Et je dirais même plus, c'est à dire que j'ai fait beaucoup d'autres métiers, [...], mais finalement, euh, c'est toujours ici que je suis revenu. J'aurais... Stratégiquement j'aurais dû abandonner le cabinet puis rentrer à l'hôpital. Sur le plan évolution d'une carrière, avec l'âge etc... Mais finalement non je suis toujours revenu ici quand même à... Je pense, mon truc de base. Mon ADN. Voilà. Qu'est-ce que j'aurai d'autre à dire ? Bah rien. *Rires*

Ça marche. Et bien est-ce que tu pourrais me raconter la dernière situation où quelqu'un t'as parlé de violence ?

Silence

Je pense que la dernière, on n'était pas sur de la violence physique. Donc euh, que je me resitue bien le truc... Oui donc faut quand même qu'il y ait de la violence dans ton histoire hein. Pas uniquement de l'incompréhension... *Réfléchis*

Sinon tu peux me raconter une situation de violence qui t'a marqué ? Pas forcément la dernière, si tu ne te souviens pas de la dernière.

Oui, oui. Avec euh donc une dame hein, parce que c'est quand même euh... J'allais dire en médecine, dans la vie peut être en général, les femmes elles expriment quand même plus leurs sentiments. Donc en consultation, c'est quand même des femmes qui parlent de leur situation conjugale, plus que les hommes, ça c'est rare, les hommes. Donc c'est plutôt les femmes qui en parlent. Ça veut pas dire que c'est pas elles qui sont les plus tou... *Marmonne*. Voilà, c'est plutôt elles qui en parlent.

Et donc euh, là c'était une femme qui en fait... Ce qui se passait c'est que, quand elle était en désaccord avec son mari sur... la manière d'élever les enfants... enfin... On sentait bien que y avait derrière une énorme pression... Ni elle avait le droit de parler, et probablement que, il y avait des violences contre elle ou contre les enfants. Fin voilà, c'était quelqu'un qui était très dictatorial j'allais dire. Avec une énorme peur, de cette femme, évidemment, qu'on en parle. Donc euh... voilà. "Jusqu'où j'ai accepté ça, j'ai pas envie qu'on en parle parce que ça va pas régler le problème, y a pas de solutions c'est comme ça. Si y a bien une solution il faudrait que

je me barre mais je le fais pas donc venez pas me rajouter le merdier” - venez pas me rajouter du bazar à tout ça. *Rires.*

Je rigole parce que l'autre jour j'ai croisé une patiente que j'avais pas vu depuis... 25 ans. Et qui était une dame que j'avais - qui habitait autrefois au lotissement et qui un jour était venue me voir, mais y a plus de 25 ans. Un peu, c'était un couple un peu haut en couleurs. Un peu du Sud, un peu hauts en expressions -*montre le bras et le visage-*. Et alors. *Rires.* La femme elle vient me voir et alors elle avait un sacré œil au beurre noir, plus je sais pas quoi, etc. Elle avait pris une bonne raclée quoi. Et alors *Rires.* Mais euh, bah c'était comme ça, parce que c'est déjà arrivé, je dis « là faut faire une déclaration ». Elle me dit : « Non, là je l'ai bien mérité quand même. » *Rires.* Ça m'avait fait rire, parce qu'elle disait ça assez tranquille ! « Oh là je l'ai bien mérité », c'est-à-dire que, je sais pas ce qui s'était passé, mais elle, elle admettait qu'elle avait un - je sais pas ce qu'il s'était passé -... Mais ils étaient hauts en couleur, hein, ça circulait là-bas dedans.

Donc je l'ai revue l'autre jour, je lui en ai pas reparlé mais ça m'avait bien fait rire je me demandais ce qu'elle était devenue. Entre temps, elle s'était séparée, elle était partie... mais... voilà. “Je l'avais bien mérité.” “Ce coup-là, je l'avais bien mérité.” *Rires.* Bon. Voilà. Voilà ce que j'aurais à dire.

Sur ces situations-là, comment est-ce que la personne, elle en a parlé ? Comment est-ce que ça s'est - comment c'est venu finalement ?

C'est pas venu spontanément. C'est venu, parce que la dame elle m'a parlé de ses difficultés, et je lui ai dit mais du coup, euh... Vous en avez parlé avec votre mari ? Enfin quand vous en parlez avec votre mari comment ça se passe ? Et c'est là qu'elle m'a dit, il veut pas en entendre parler, puis petit à petit en voyant un peu qu'elle s'embrumait un peu, je suis allé un peu plus loin dans la discussion. Mais c'est pas venu spontanément.

Les seules fois où c'est venu spontanément mais là j'ai des trucs qui me reviennent à la main, c'est quand on vient pour, quand les gens viennent pour un certificat coups et blessures. Euh... ou pour une lésion évidente mais sinon euh.. C'est heureusement pas le plus fréquent, en général c'est plutôt on s'en aperçoit, on s'aperçoit que la communication elle est vite rugueuse, voilà... sur... Sur des situations... Que les gens amènent progressivement.

Il y a aussi les situations d'alcoolisme. Alors les situations d'alcoolisme c'est un peu particulier parce que... Si c'est les deux... Qui picolent... Ils sont quand même plus tolérants, enfin... “Bah oui, quand même on s'est battus.” Voilà. Beaucoup plus que si c'est l'homme qui a bu, et la femme pas du tout.

J'ai eu une autre situation de violences conjugales dont on a parlé l'autre jour, qui est un peu compliquée parce que... Moi, le monsieur il m'en a parlé à mots couverts. Et, c'est [...] qui suit sa femme. C'est la femme qui est violente sur lui - et qui a un trouble démentiel, et qui picole.

Et donc lui, il se défend pas, enfin pour le coup je pense qu'il prend assez cher, que la situation est très violente parfois. Que lui il sait pas trop quoi... Comment s'y prendre... Et lui, il m'en a parlé qu'à mots couverts. Et il en a parlé à [...], parce qu'il avait pris RDV avec [...], à propos de sa femme, tu vois ? Il est pas venu se plaindre pour lui. Mais je le rebrancherai la prochaine fois, maintenant puisqu'on en a parlé la semaine dernière avec [...] donc je lui en reparlerai. Je vais pas l'agresser mais je lui demanderai, si... Comment ça se passe. Ça c'est une situation un peu particulière... C'est... Et je crois même qu'il est allé voir [...] à propos de sa femme, avec sa fille. Avec sa fille. Alors ça c'est une situation un peu particulière parce que c'est un trouble du comportement en fait. Je sais pas si on peut appeler ça une violence conjugale... C'est un vrai trouble du comportement qui manifestement décompense quand elle boit...

Silence - Ça va pas être facile ça...

T'as dit à mot couvert ? Ça veut dire quoi ?

Ça veut dire que les gens parlent pas directement les choses, ils disent : "Ouais, c'est difficile en ce moment" "y a eu un petit accident" C'est ça les mots couverts pour moi.

Silence.

Quels enjeux ça a posé pour toi pour ton organisation dans ces situations où y a de la violence, qui finalement est évoquée, ou que tu décèles de la violence ?

Quels enjeux ça a posé pour moi ? Ou pour mon organisation ? Ah bah là tu passes un temps dingue ! Parce que voilà, tu vas parler etc. ou tu fais revenir les gens, oui forcément. Mais bon. Ça mérite, c'est ce que je te dis, moi je pense que, euh, les consultations méritent le temps qu'elles méritent donc euh... Évidemment il y a une limite mais si les gens, ils doivent prendre trois quart d'heure parce qu'il y a un truc lourd, je me mets en retard sur la rhinopharyngite d'après sans aucune - sans aucun complexe.

De ce côté-là je suis assez détendu. D'autant plus détendu que mon associé cumule un retard d'une heure tout le temps ça le gêne absolument pas donc moi, quand j'ai une demi-heure, trois quart d'heure de retard, de temps en temps... C'est sûr que de ce côté-là au début j'aimais pas ça mais en fait je me suis aperçu que tout le monde s'en foutait. Enfin tout le monde s'en foutait... C'est pas gravissime. Les gens ils attendent trois quart d'heure ça les empêche pas de te tenir la jambe sur n'importe quoi pendant longtemps en ayant très vite oublié que... *Rires.* que derrière... Donc de ce côté-là en termes d'organisation ça m'a pas gêné. Ce qui est très compliqué c'est à qui on en parle ? Parce que les gens veulent pas qu'on en parle.

Alors là pour le coup. Ils l'ont dit un peu, ils en ont accouché. Mais j'ai rarement des gens, j'ai même jamais des gens qui sont venus me voir en me disant : "il faut que j'en parle". Ou alors si, parce qu'il y avait des certificats coups et blessures et là ils savaient que. Ils allaient aller

au commissariat, ils étaient demandeurs de ça, ils avaient déjà fait la démarche en disant je vais vers la plainte. Mais sinon t'en a surtout "Docteur, n'allez pas foutre le merdier". Avec d'ailleurs, j'ai pas que des expériences positives des services sociaux moi. Si tu veux, je pense qu'il faut faire des informations préoccupantes, mais là, moi j'ai eu une situation où ils sont arrivés avec leurs gros sabots, c'était une catastrophe, plus qu'autre chose, donc... Voilà... Je...

Plus généralement, je pense que c'est pas un problème médical. Je pense que le médecin, il est là, il entend les gens, il va dire quelque chose. Et que, il a pas de rôle à avoir dans cette histoire-là, sauf si on est dans des trucs abominables. Où on est dans l'assistance à personne en danger, ou personne vulnérable. Mais... Le... mode de communication parce que y a quand même des couples c'est un mode de communication, on dit même 1 sur 5 la violence, c'est pas un problème médical, c'est un problème sociétal, et il faut éduquer les hommes à leur devoir, et les femmes à leur droit. *Rires*. J'allais dire ça tout simplement. Parce que c'est quand même dans ce sens-là que ça se passe en général. Et donc les petits hommes doivent être éduqués à leur devoir et les petites femmes à leurs droits. Et pas se laisser entraîner dans des situations... Aussi dingues... Et on devrait apprendre à l'école à gérer les... les conflits.

Parce qu'on sait pas faire, on l'apprend pas. Les stages de communication non violente, d'expression etcetera, ça, ça devrait être, ça devrait faire partie du programme. Tu vois des trucs comme le BAFA. Je me suis beaucoup occupé de trucs d'animation étant jeune. Je veux dire, les jeunes qui ont fait un BAFA, ils ont déjà une autre vision. Comment tu peux être prof sans avoir fait un BAFA ? Tu vois, sans avoir été animateur de colo. Parce que l'histoire géo tu peux leur raconter n'importe quoi aux gamins sur l'histoire géo. C'est pas ça le problème. C'est tenir la classe, enfin faire passer ton enseignement, bah je trouve qu'on est pas du tout... Notre éducation formelle, nationale, est pas du tout orientée vers la gestion... des relations... On a un peu débordé, mais au total, moi je pense que c'est pas un problème médical.

Les médecins s'en rendent compte bah leur boulot c'est de dire aux gens "Allez plus loin". Enfin je vois ça comme ça.

Silence

Voilà. [...]

Bon, du coup, j'ai l'impression que tu poses pas beaucoup la question, mais je te pose quand même la question : En général, comment tu gères le repérage des violences conjugales.

Alors, je le gère pas de façon systématique, je pense que, je suis un peu plus... Mais bon après c'est avec l'âge... À me dire bah quand je vois un peu le spectre des choses dont les gens me parlent... Je me rends bien compte qu'il y a un certain nombre de gens avec qui j'ai

installé une relation... qui n'est pas que sur le bio médical hein. C'est à dire que les gens ont tendance à venir me voir parce que leur gamin ça marche pas à l'école, parce que ça va pas avec leur mari, parce que ça va pas avec leur patron... Bon ça c'est tout le monde, mais tu vois ce que je veux dire.

J'allais dire que, en fait, la violence conjugale, c'est un sujet auquel je suis pas sensibilisé. Tu vois, y a eu une époque - t'as pas connu - y a eu une époque HIV, l'époque SIDA. C'est vrai que là on a été très sensibilisés, on demandait à tout le monde, quand je demande une prise de sang à quelqu'un, je lui demande toujours sans le regarder s'il veut une sérologie HIV je fais aucun... comme sur la réponse. Mais c'est tu vois je - y a des trucs comme ça je suis sensibilisé. Mais c'est pas un sujet auquel je suis sensibilisé. Parce que j'ai peut-être pas eu - ou je m'en suis pas forcément rendu compte - mais j'ai pas, pas un truc qui m'a vraiment ... brassé...

Silence. C'était quoi la question ?

C'était comment tu repères, comment tu abordes la question - si tu le fais.

Non j'aborde rarement la question, mais je m'en rends bien compte que à tort, parce que c'est vrai que quand on pose des questions on a des réponses. Je maintiens que quand on pose des questions on a des réponses, mais je re reviens à l'idée que je suis pas très sensibilisé parce que en fait c'est pas un problème médical.

Enfin c'est pas un problème médical. C'est un problème qui est exprimé chez le médecin comme tous les autres. Mais est ce que le médecin a quelque chose à voir là-dedans. Sinon aider les gens à être plus dans la conscience que c'est pas forcément normal... Ça, augmenter le niveau de conscience des gens c'est sûr que ça fait partie de notre métier. Ça va pas forcément plus loin...

Donc toi, finalement, ça implique des choses dans la consultation et en dehors de la consultation ?

Bah c'est de mettre du temps parce que en fait c'est une souffrance. J'allais dire après c'est une souffrance presque comme une autre hein. Les gens ils souffrent de ça donc ils ont à être écoutés - la souffrance elle a toujours à être écoutée hein. Après je vais en revenir à Hippocrate, guérir parfois, accompagner souvent, écouter toujours.

Donc tu vois, c'est une souffrance, elle va avoir besoin d'être écoutée point. Et, écouter dans le sens où euh... la conscience se développe avec le langage et que... voilà tout le principe de l'écoute : je vous prête mes oreilles comme le disait - Françoise Léto ? - je vous prête mes oreilles pour que vous soyez conscients de ce que vous dites quoi. C'est ça quoi.

Tu as dit mettre du temps, on lit que ça nécessite de prendre du temps dans le repérage des violences, et toi comment tu fais, avec ce temps ? Des astuces ? Quand tu décides de mettre le temps ?

Moi je pense, que le médecin, il imprime le rythme de sa consultation. Et donc, les jours où je vois 40 personnes parce qu'on est en épisode de grippe, je rentre le soir, ma femme me demande "ça s'est bien passé", je dis "ouais j'ai pas vu d'anxieux aujourd'hui". Pourquoi j'ai pas vu d'anxieux ? Parce que je leur ai pas demandé comment ils dormaient les gens. Parce que j'ai autre chose à faire. *Rires.*

Donc, la manière dont tu reçois les gens, dont tu poses les questions, tu les poses, tu les poses pas, tu donnes un rythme à la consultation, à cette consultation. Du coup, les gens, dans l'ensemble ils sont très influencés par ce rythme, surtout si c'est pour aborder des sujets dont ils ont pas franchement envie de parler. Si tu leur donnes pas le temps, si tu fais une consultation fonctionnelle, et bah tu l'abordes pas ce sujet-là. C'est tout. Alors enfin ouais c'est évident. Tu vas chercher les gens, tu commences à t'installer là, comment ça va, enfin - question que je pose pas d'ailleurs comment ça va -, mais "qu'est-ce que vous avez à me dire ?" " Qu'est-ce qui vous arrive ?". Puis tu restes en silence, puis tu fais venir, etcetera. C'est une consultation où tu vas d'emblée montrer que t'es ouvert à un certain nombre de choses. C'est une consultation en urgence que tu prends à une heure parce qu'elle avait rendez-vous à midi et demie mais que t'es en retard et qu'elle est sur un créneau d'urgence : "Bon cette oreille elle en est où ?" C'est-à-dire qu'on va parler de cette oreille quoi.

Alors voilà, moi je pense que c'est un ... C'est une scène de théâtre, la consultation. En fonction du rôle que tu te donnes, tu vas donner un rôle aux autres. Donc voilà, et ça, ça dépend de beaucoup beaucoup de choses. Alors évidemment, ça peut être influencé, même si t'as un tempo rapide, par un patient qui va chercher à influencer, ou la personne qui arrive en pleurs, voilà. Mais ... Si tu demandes pas aux gens comment ils dorment, t'es vachement moins emmerdé dans une consultation. Non ? Je trouve que le sommeil c'est pas mal. "Comment vous dormez ?" "Voilà je dors super mal", etcetera. Et là, quand t'ouvres cette boîte de Pandore là, tu l'ouvres. Si t'en a dix derrière qui attendent derrière les grilles enfin pas dix mais cinq ou je sais pas. Faut pas leur demander comment ils dorment les gens, sinon tu t'en sors jamais. Ou alors c'est le motif de consultation : "Je dors mal", sinon, *Pfff...* Donc pour moi, c'est le praticien qui imprime le rythme de consultation, et qui du coup, ouvre plus ou moins la porte à ce qui va être dit. Je parle pour tous ces trucs qui sont pas le motif principal de la consultation.

J'avais fait une formation sur... Je me souviens plus du titre... Mais le truc c'était de déterminer, faire la différence entre le motif de la consultation, la motivation, les attentes et les besoins. Très amusant ça, c'est un travail que je fais faire aux externes et aux internes quand je les ai. Le motif, c'est ce pour quoi ils viennent, besoin, parfois pas trop loin. Motivation et

l'attente c'est encore autre chose, donc voilà. Si t'as envie de rester fonctionnel tu restes fonctionnel tu avances tu fais la consultation en soins non programmés. Ou, ce vers quoi on nous pousse avec les consultations pré filtrées, IPA assistants médicaux. Ce sont à la fois des choses que je promeus sur le plan politique parce que avec la CPTS on promeut ça, mais que moi je vois pas. *Rires*.

Enfin je vois pas. J'ai exercé quarante ans autrement donc je peux pas, mais je pense que vous les jeunes vous serez obligés de vous y mettre. Mais c'est un peu le piège si tu veux. C'est que du coup, tu rentres dans un cadre de consultation. Mais peut être que maintenant avec la réfraction des médecins etcetera, les médecins faut qu'ils fassent que ce qui est médical.

Si on veut voir tout le monde. On va pas commencer à demander à tout le monde... Et donc à ne pas s'intéresser aux problèmes qui ne sont pas médicaux. Je reviens sur mon histoire que, *Rires*, la violence je suis pas sûr que ce soit un problème médical. *Rires*. Mais moi je fonctionne pas comme ça, parce que moi je fonctionne je suis d'une vieille génération de médecins donc on prenait bien le temps qu'on voulait avec nos patients, et en plus c'était pour ça que j'avais fait ce métier. Mais c'était tout ça, quand j'ai essayé de faire médecine c'était il y a 50 ans. Donc, tu peux te dire que les choses ont changé depuis. La société a changé, la médecine a changé. Donc je voilà.

En tous cas je reste persuadé que c'est le médecin qui donne le rythme de consultation, qui crée la scène, et qui du coup distribue les rôles. Et donc, s'il a pas envie de... *Rires*. Enfin, il a ce qu'il a envie de savoir à la fin. Parce qu'il ne peut savoir que ce qu'il s'est donné les moyens de savoir.

Je remplaçais un toubib au fin fond de la campagne, quand j'avais ton âge, qui voyait un monde complètement dingue. Puis alors lui il disait - c'était à la campagne, zone paumée [...]. Et alors lui, il travaillait énormément c'était fini à six heures, il voyait les gens toutes les dix minutes. Il me disait : "ouh la la, mais je vois le mec en ville il discute avec les gens mais ça doit être chiant." *Rires*. Ça me faisait rire, lui c'était clair et net, il était pas là pour ça, les gens ils arrivaient, ils se mettaient là comme ça (à côté du médecin), sur la balance - c'était une balance à fléau - et ils tendaient le bras pour que tu leur prennes la tension. Ils disaient "digoxine 2 boîtes Lasilix 1 boîte, Sintron 2 boîtes". *Rires*. Et alors toi t'étais là : "vous voulez vous déshabiller ?" ils te regardaient c'est quoi ce pervers-là : "Ah bon ???" toutes les quatre semaines, il faisait les ordonnances pour quatre semaines. Donc lui si tu veux il risquait pas d'avoir ce genre de problématique là parce que ça ne l'intéressait pas. Donc voilà voilà.

Une des questions du guide d'entretien, c'était est ce que vous avez des stratégies de gestion du temps en général ? Toi tu dis que c'est le médecin qui pose le rythme, du

coup c'est ça ta stratégie ? Ou tu as d'autres choses pour gérer dans ta journée, voir tout le monde ?

Bah ici, on a une gestion des rendez-vous en trois niveaux en fait. Moi en tous cas, t'as les gens pour leur renouvellement, donc tu les fous dans les 15 jours. T'as ceux qu'il faut voir dans la semaine, et ceux qu'il faut voir le jour même. Donc du coup, y a des créneaux internet, des créneaux secrétaire et des créneaux urgence. Donc c'est les trois niveaux de prise de rendez-vous. Pour moi c'est organisé comme ça dans ma tête depuis longtemps et c'est comme ça que ça se passe à peu près bien avec tout le problème de la régulation, parce que la régulation est faite par une secrétaire, qui n'est pas un régulateur. Et donc, de temps en temps se trompe. Souvent elle te met trop vite des gens qui n'étaient pas urgents, et des fois, elle te met à une semaine des gens que tu aurais dû voir le jour même. Ça, c'est comme ça. J'ai pas la solution. Si, la CPTS de [...] ils font une régulation, ils ont une plateforme SOS qui fait la régulation je crois. C'est une manière de professionnaliser le truc.

Téléphone sonne

Et après, la gestion dans la journée, c'est le quart d'heure, voilà. Alors moi j'ai toujours été tranquille c'est-à-dire que je suis toujours sorti à l'heure que je voulais le soir. Parce que mon épouse a absolument refusé de travailler. *Rires*. Je dis ça mais c'est vrai, c'était pas son truc, [...]. Donc en fait voilà. Et sauf les réunions que j'avais le soir, j'avais pas d'impératif. Les réunions en général à 20h30. Donc j'ai toujours eu 2 vases d'expansion, qui étaient le midi et deux, et le soir. Voilà.

J'ai jamais connu moi le, la difficulté d'être obligé de - alors si, je l'ai connu quand j'étais [...] car souvent il fallait que je sois à une heure et demie au staff. Donc là c'est le repas qui y passait en fait. Je bouffais un sandwich dans ma voiture - ce qui m'a pas réussi sur le plan diététique. Ça j'ai fait ça pendant des années - parce que c'était mon... si j'étais coincé, je bouffais un sandwich dans ma voiture. En faisant mes visites. Ou en faisant pas mes visites mais voilà.

Voilà ma stratégie. Et mon autre stratégie c'est ce que je te dis, c'est que si t'as un rythme y a des époques comme les épidémies de grippe ou des trucs comme ça bah là tu vas vite quoi. Les gens ils défilent. C'était quoi le sens de ta question ? Comment j'organise ?

Y'avait cette notion au tout début, t'as dit, en fait quand tu poses la question des violences, ça prend un temps dingue, t'as parlé d'une limite : un temps dingue, une limite c'est quoi, et du coup sur ta journée ?

Alors [...], j'ai compris que ma limite elle était autour de trois quart d'heure. C'est à dire que au bout de trois quart d'heure je suis plus. Le malade me balade. Je ne gère plus. Je... voilà... Je suis allé trop enfin... Il m'a emmené dans des trucs etcetera, faut que je le revoie faut que je...

Bon il va parler il va parler, mais à un moment... C'est tout le paradoxe de la plainte, c'est à dire que la plainte est à la fois thérapeutique, et à la fois elle peut enfoncer les gens, parce qu'ils racontent une fois de plus leur truc.

Donc voilà, ça, petit à petit je suis devenu plus... Conscient de ça. Donc voilà. Trois quarts d'heure, j'organise la fin de la consultation. En disant on va se revoir, on va faire ci, je vous rappelle etcetera. Parce que je perds enfin, je me rends compte que je perds le fil. Dans des situations où y a en plus pas mal d'affect, donc faut le gérer quand même ça aussi. Donc voilà. La limite elle est là.

Enfin après je propose aux gens de se revoir, mais moi j'ai mis - je dirais qu'au bout de trois quart d'heure que je me dis "maintenant comment je sors de la consultation". J'oriente les gens vers la fin. Je leur dis d'ailleurs. Je leur dis "je vais vous chasser". Ils le comprennent hein "Ah bah oui, oui, excusez-moi docteur". Je leur dis je vais vous chasser. On peut pas tout faire. En plus je te dis, je pense que je suis plus efficace au bout d'un certain temps.

Si je comprends bien, la limite c'est pas une limite de temps en temps qui passe, en temps chronomètre ?

Oui mais ça revient au même, c'est à dire que... Je me donne pas de limite par rapport à ce qui va se passer derrière. Je veux dire ça t'arrive des fois d'en avoir deux de suite qui arrivent en pleurant dans le cabinet, le troisième il va se prendre une heure et quart dans les dents hein. Il va partir d'ailleurs. Comme moi ça m'arrive pas souvent, d'être en retard, - j'estime qu'on peut avoir 20-25 min de retard pas plus - mais ça m'arrive pas souvent, les gens ils m'en veulent pas. Mais c'est sûr que le jour où t'en a deux de suite qui arrivent en pleurant, le troisième, si tu avais un haut-parleur, tu lui dirais : "vous pouvez rentrer chez vous". *Rires.*

Et pourquoi, 20-25 minutes de retard, après plus, ça va pas ? Parce que les gens ils partent ? Enfin tu as dit qu'ils partaient.

Parce que moi euh... ça me ferait chier que ça soit plus long que ça, c'est tout. Attendre plus d'une demi-heure chez le toubib ça me paraîtrait... Bah, on va dire soit tu t'aperçois la salle d'attente est pleine, on est en plein truc, je sais pas, parce que je vais jamais chez le toubib moi. Mais euh sinon, c'est qu'il est mal organisé. Enfin moi je discutais avec mes collègues ils me disaient que 1h de retard, c'est que t'es mal organisé. C'est tout. Alors là, je n'ai aucune... Le mec qui est tout le temps en retard, tout le temps à la bourre, c'est qu'il est mal organisé. Après j'ai pas dit que c'était facile de s'organiser hein.

L'autre jour j'ai un patient. Un banquier, qui est greffé rénal. Il a un rendez-vous, 8h à l'hôpital. Le mec il s'est pointé à 9h le néphrologue. Enfin il l'a pris à 9h. L'autre il devait avoir 25 de tension, tu sais c'est un petit banquier nerveux. Il lui dit "Mais y a eu une greffe ou quoi ?" Il l'a attaqué comme ça. *Rires.* Le professeur je sais pas comment il lui dit "mais y a eu une greffe

ou quoi” le gars il dit non, et il dit “mais c’est 9h, j’avais rendez-vous à 8h” tu vois c’est ce que je dis, inadmissible. Je suis d’accord. Enfin. Si le gars lui avait répondu oui, j’étais en train de faire une greffe on est d’accord. Mais sinon, non. Je veux dire, les gens leur temps il est aussi précieux que le mien. Enfin... à peu près. Pas tout à fait quand même. Mais quand même.
Rires.

Donc pour toi, y a cette notion là comme quoi en fait plus d’une heure c’est pas acceptable, une heure de retard.

Ah, plus d’une demi-heure c’est pas acceptable. Fin. Je comprends que les gens ça les énerve ! Après si c’est de temps en temps, bah voilà, je ... Voilà. Si c’est régulier, ça me paraît pas... logique, fin... Si t’as trop de patients... Fin... Puisque les patients prennent rendez-vous... Tu vois ce que je veux dire, on est dans de la consultation programmée là. La consultation non programmée c’est un peu différent.

Moi je prends des consultations jusque midi, et après je mets 3-4 créneaux d’urgence. Le premier créneau d’urgence, qui avait rendez-vous à midi, je le vois rarement avant midi et demi. Mais, c’est entendable, il a pris rdv le matin même, faut pas non plus... tu sais... Par contre, à une heure, j’ai fini. Je les ai fait les 4. C’est des créneaux d’urgence. Donc eux, je leur ai pas demandé s’ils dormaient bien. Mais voilà, je change de rôle en fait, au cours de la journée, au cours de la matinée. C’est pas la même chose. Donc ceux qui viennent pour une consultation non programmée, ils vont être pris en retard et vite. Enfin, c’est admissible qu’ils soient pris en retard et vite. Mais voilà. Parce que, on peut pas tout faire. Et ces gens-là ils le savent très bien, que le jour où ils viennent me voir, parce que leur gamin s’était foutu de l’école parce qu’il fumait des pétards truc, on pourra discuter. Et là, y’aura pas de... Y aura pas de limites, enfin y aura pas de limite... trois quart d’heure, t’as fait le tour. “Ah, votre gamin fume dans les chiottes ? Bah le mien aussi remarque” Après ça va plus vite. *Rires.* Des fois, faut dédramatiser hein. Quand t’as été dans un milieu un peu protégé comme ici, t’as envie de leur dire “tin, mais...”

T’as déjà travaillé en zone... difficile, dans les quartiers des trucs comme ça ?

Non pas trop, j’ai pas vraiment été confrontée à ces zones.

Dans les ... moi j’ai pas mal travaillé à l’étranger, des fois les gens... putain... ça fait relativiser.
Rires. C’est pas très grave ! Bon.

Il me reste plus beaucoup de questions. Dans la littérature, ils disent que les médecins généralisent ils ont pas le temps de poser la question des violences, toi t’en penses quoi de ça ? De pas avoir le temps de poser la question des violences ?

Silence.

C'est à dire que si tu la poses, tu t'exposes à avoir une réponse. C'est pas le temps de poser la question, c'est le temps de se dire, si je la pose, qu'est-ce que ça peut m'ouvrir. On en revient à ce que je disais, c'est-à-dire. Je posais ça plus simplement avec l'histoire du sommeil. Si tu poses une question, ça veut dire que tu es prêt à entendre une réponse. Mais, je reviens avec l'idée que, est ce que c'est...

Téléphone sonne.

Est ce que c'est le boulot du médecin ça ?

Que, la violence conjugale soit à l'origine d'une pathologie. Fin je veux dire. Les patients qui viennent, un jour, ils ont une angine, le lendemain ils ont une otite, le troisième jour, ils ont mal au dos, le quatrième jour, la quatrième fois, tu leur dis "mais moi je vais pas faire le mécano. Je suis où là, j'en ai marre, il se passe quoi ?" Enfin tu leur dis pas comme ça, mais c'est ça : "Il se passe quoi ? il est où le malaise ? Parce que t'es pas malade" "Ah bon ? Vous croyez ?" Donc, tu vois, là, je veux dire, on va poser la question. Mais poser la question systématiquement à quelqu'un qui vient vous voir parce que, il a mal au dos, ou pour l'équilibre de son diabète, c'est pas... Je pense pas que c'est que le médecin qui a pas le temps, je pense que c'est parce que c'est pas son problème. Enfin. C'est pas son champ d'investigation. Pour moi hein. Mais, autant, moi je suis assez partisan d'une médecine holistique, enfin d'une approche assez holistique. Mais... Y avait, je sais plus où est ce que j'ai eu ça, un mec qui disait : "Je suis allé voir le docteur, c'était son remplaçant, j'y suis allé pour une angine, il m'a beaucoup parlé de mes humeurs, mais j'ai toujours mal. On a beaucoup parlé ; il m'a demandé si je déprimais pas, mais j'ai toujours mal à la gorge." Tu vois ce que je veux dire. *Rires.* C'est-à-dire que : y a un moment, le motif de la consultation, même si il faut aller chercher un peu derrière, c'est quand même un truc auquel il faut répondre.

Téléphone sonne.

Donc, comment dire ? Je pense qu'il faut avoir une approche holistique, en tous cas être très ouvert à ce que les gens vont dire... Après, je pense que le médecin il a pas tous les rôles dans la société. Donc. Il faut créer les conditions, que les gens puissent s'exprimer. Est ce qu'il faut aller leur chercher des... trucs... enfin... c'est leur vie hein... C'est leur vie. Donc évidemment, si ça donne lieu à plein de consultations, qu'il y a un retentissement, t'es interpellé là. Mais moi, les gens ils viennent me voir pour leur diabète, je vais pas les emmerder sur leur violence conjugale. Fin. Je vais pas leur poser la question. Je suis pas sûr que ce soit la place du médecin. Enfin que ce soit la place du médecin. Le médecin il a sa place, comme tout le monde, dans cette histoire-là, mais... D'abord qu'est-ce qu'il, enfin tu vois ce que je veux dire, qu'est-ce que ... A part... Faire s'exprimer les gens, augmenter leur conscience etcetera, quelle est la place du médecin dans les violences conjugales...

Silence.

Voilà. Ma réponse. Un peu décevante j'imagine.

Ah pas du tout, ça apporte beaucoup de choses, c'est très intéressant. Et du coup, les outils pour repérer les violences, toi ?

Pour repérer non moi c'est le temps, c'est l'ambiance que je donne à la consultation. Enfin pour moi, c'est quand même ça qui joue.

Portable sonne pour un message.

Les gens sentent qu'ils peuvent parler ou ils sentent qu'ils peuvent pas parler. D'ailleurs ils le disent très bien les gens. Quand ils te parlent des autres, et j'imagine qu'ils parlent de moi, ils disent bien : "J'ai vu le docteur machin mais il était énervé ce jour-là." Par exemple [...], Il peut passer bien une heure avec les gens mais en même temps y a des jours où il est énervé, je pense que les gens ils le disent, donc ils doivent dire la même chose de moi. "Je l'ai vu mais c'était pas le moment de l'emmerder, le téléphone il a sonné trois fois..." Voilà. Donc... Les gens ils le sentent ça. Voilà. J'ai bien répondu ?

Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Non je pense que c'est vrai qu'on obtient les réponses aussi plus, aux questions qu'on pose. Machin tu mets le tabac - *montre une fiche sur le conseil de base posée sur la table à la vue des patients* - les gens du coup ça les interpelle ça. Tu pourrais mettre un truc "Est ce que vous êtes battu-es, est ce que..." Mais bon. Après on s'en sort jamais. *Montre toute la table.* Y'en aurait partout. *Rires.* Le tabac c'est un problème qui va concerner directement le médecin, encore que. Il va être concerné sur les conséquences. Est-ce que c'est au médecin de faire la prévention sur le tabac ? Non. C'est au pouvoir public. De dire il faut pas fumer, c'est à eux d'augmenter le prix du tabac. Je fume moi, donc, j'en parle d'autant plus largement, facilement. Enfin je fume pas régulièrement, mais, je suis pas du tout contre. Tu vois ce que je veux dire, c'est aux pouvoirs publics de gérer la politique. Après le médecin évidemment lui, il a les conséquences, et puis quand il met son ... On sait très bien que quand il demande aux gens s'ils ont pensé à arrêter, ça aide un peu, mais euh... Le médecin il peut pas être dans tout. Voilà.

Pour toi il doit être dans quoi le médecin ?

Alors je vais avoir une réponse extrêmement réactionnaire. Le médecin, il est là pour traiter la pathologie. La physiologie. Le suivi de l'enfant. Le suivi de la femme. Le... Les dépistages, les visites annuelles. C'est pas au médecin de faire ça. Y a des infirmières qui font ça très bien. Les sage-femmes font ça très bien. L'éducation thérapeutique y a des gens qui font ça très bien. Pour moi, le médecin il fait 10 ans d'étude c'est pour gérer de la pathologie.

Alors on le sait bien, [...], où on arrête pas de parler de prévention. Mais c'est pas les médecins qui sont ... dans la prévention. Alors après, est ce que... C'est un vrai problème politique après on pourrait te dire. Donc qu'est-ce que je disais, moi j'ai travaillé [...] dans des... Dans des idéologies très Marxistes, [...], les médecins ils étaient payés en fonction de la santé, et pas de la maladie. Donc ok. Du coup, ce qu'il faut remettre en cause, c'est la médecine à l'acte, parce que la médecine à l'acte, t'as tout intérêt à ce que les gens soient malades. Je rigolais parce que j'ai reçu ce matin-là. Une proposition pour faire partie d'une expérimentation PEPS où on devient salarié. Dans le cadre de la maison de santé. Du coup on a le temps de faire des trucs... Donc je l'ai envoyé à mes collègues mais je suis pas sûr qu'elles soient prêtes ... Puis... Pour moi ça va être compliqué de devenir salarié maintenant. Mais. Oui, faisons du salariat, mais le médecin, doit faire de la pathologie, c'est à ça qu'il est formé, et... voilà ma réponse, réactionnaire...

Peut-être une dernière chose qui m'intrigue dans ce que tu as dit, c'est que tu as dit que, le salariat, ça donne du temps ?

Oui

C'est à dire ?

Bah pourquoi on dit les médecins ils posent pas la question parce qu'ils ont pas le temps ? Parce que les médecins, quand tu les interrogues, ils ont une revendication, c'est à 25 balles, enfin 26.50 la consultation, on peut pas y passer une heure non plus ! Enfin 26.50 dont tu ramènes 13 à la maison, c'est quand même ça. Donc pour 13 balles on va pas y passer une heure non plus. Voilà. Donc si t'es salarié t'es censé avoir plus de temps. Ça fait partie des grands mythes ça. [...]. Donc le temps du libéral est cher, alors que le temps du salarié est pas cher. C'est un peu ça le truc qui circule. C'est pas mal le temps du salarié lui aussi. Mais t'as cette notion de rentabilité si t'es salarié. T'es là, tu reçois les gens. Si à la fin du mois, on te dit bah madame, vous allez toucher 4500 balles, net. Bah après les gens ils viennent, tu passes le temps que tu veux avec eux. Donc là, la médecine à l'acte, ça engendre une course à l'acte. C'est comme ça. Et c'est un système qui est en train de perdre de son aura en France. Au congrès à Montpellier, l'exercice coordonné, c'est tous des adeptes du salariat, et puis la jeune génération aussi d'ailleurs. Voilà.

Autre chose à rajouter ?

C'était tout bon.

Ça marche, merci beaucoup, c'était très intéressant, cette discussion.

Entretien M4

Est-ce que tu peux déjà me dire pour mettre du contexte depuis tu travailles, depuis quand tu es médecin, depuis quand tu es ici ?

Moi j'ai un profil un peu particulier, je suis médecin depuis toute ma vie quasiment. [...]

T'es tout seul ici ?

Donc la maison de santé, on l'a créée avec plusieurs collègues. [...]. Donc à la maison de santé, il y a en permanence moi, un interne et/ou un ou une remplaçante. Donc on est deux ou trois médecins en permanence et [...].

Et tu travailles comment ? Tu travailles combien de jours par semaine ? Tu vois combien de patients ?

Je travaille lentement. Je travaille les 5 jours de la semaine, mais pas toute la journée les 5 jours. Et je fais à peu près je dirais 3000 actes dans l'année quelque chose comme ça voilà. Je veux pas dire de bêtise je crois que c'est ça. Je vois 70 patients par semaine. Oui ça doit faire ça, peut-être un peu plus que 3000, peut-être 4 500, je ne sais plus. Mais voilà, je fais des consultations de 20 minutes, je prends du temps, je ne suis pas... Et je dépasse rarement 25 consultations par jour. Parce qu'après, je sature un peu quoi. Voilà. Tous les jours, j'ai des créneaux pour les soins non programmés mais je les réserve principalement aux patients que je suis moi.

Et je suis organisé autour d'un agenda en ligne, [...], pour que les gens puissent me consulter quand même rapidement. En général, ils arrivent à prendre un rendez-vous dans les trois jours. Sinon, ils appellent et ils ont rendez-vous même le jour-même, s'il faut, sur ces fameux créneaux d'urgence. Voilà.

Est-ce que tu peux me parler de la dernière situation où tu as un ou une patiente qui t'a parlé de violences conjugales dans une consultation ? Un peu refaire la consultation comme ça s'est passé.

Alors, c'est pas une consultation, c'est un suivi longitudinal que je fais d'une patiente parce que c'est ma principale, que je suis quasi depuis le début. Ça doit faire depuis [...] que je la suis. C'est une patiente qui a subi des violences très importantes. Violences psychologiques, violences physiques, elle a été violée par son mari. Donc son mari a des problèmes de violences en général pas que dirigés contre elle. Elle s'est séparée de lui, il l'a harcelé au plus haut point avec des scènes de combats de rue avec elle, sa famille, et puis le mari, sa nouvelle compagne et d'autres gens. C'était presque une histoire de gang en fait. Et moi, j'accompagne cette patiente pour sa prise en charge principalement psychologique et psychiatrique parce

qu'elle a eu vraiment un syndrome de stress post-traumatique monstrueux avec carrément des hallucinations. Je pense surtout à cette patiente-là.

J'ai un autre cas en tête... Alors la patiente n'a pas parlé des violences, mais elle est venue un jour parce qu'elle s'était prise une claque et elle avait un tympan percé. Donc j'ai abordé le sujet de la violence, l'auteur de la violence etc. Mais elle s'est refermée comme une huître, elle a absolument pas voulu en parler. J'imagine que c'est son mari qui lui a donné une claque. Je la revois régulièrement, j'ai jamais eu d'autres épisodes. Elle vient avec ses enfants, voilà.

T'as pas pu lui en reparler ?

J'ai réévoqué dans les suites quand on a fait le... Je l'avais reconvoqué pour vérifier que le tympan cicatrisait bien, mais elle a verrouillé le truc. Je ne sais pas ce qui s'est passé.

Et ces consultations avec par exemple la première patiente dont tu parles, initialement c'est venu comment ?

C'était il y a trop longtemps, je ne me rappelle plus. Mais à chaque fois qu'on se voit, on parle que de ça quoi. Alors, depuis un an ou deux, son mari il a été empêché de la fréquenter. Il l'a fait quand même. Mais là quand même, je pense qu'il s'est un petit peu éloigné, il a un petit peu changé de sujet. Du coup, on est plus centré sur elle et moi sur ses histoires de réactivation des violences. Il la suivait, elle voyait sa voiture dans son rétroviseur... Elle vivait dans une terreur absolue. Je ne me rappelle plus pourquoi elle a consulté au début, mais c'était pour ça. Enfin, c'était lié à ça, je ne l'ai vue quasiment que pour ça.

C'est elle qui t'en parle à chaque fois ?

On parle de ça, moi j'évoque le sujet à chaque fois. Après, ça dépend de la consultation, si ça s'y prête ou pas.

Qu'est-ce qui fait que ça s'y prête ?

Si elle me raconte par exemple qu'elle a de nouveau eu... En général elle me raconte qu'elle a de nouveau eu un stress, je lui demande ce qu'il s'est passé. On creuse le truc, elle finit par me dire que soit que c'est ça, soit des fois c'est autre chose. Parce que ses filles ont été victimes de harcèlement à l'école aussi. C'est pas toujours relié à ça.

Par exemple, ces patientes que tu vois, celle qui s'est pris une claque, celle qui s'est fait ça, quand tu les vois, tes consultations, elles sont comment avec elles ? T'as l'impression que c'est une... Dans les deux cas, c'est différent.

La patiente qui s'est pris la claque, il y a eu cette fois où elle s'est pris la claque, le reste du temps c'est des consultations en médecine générale classique pour des motifs somatiques.

L'autre patiente c'est des consultations très typées psycho en fait. C'est souvent des consultations plus longues que d'habitude. Je sais quand elle est sur le planning, enfin moins maintenant, mais les deux, trois premières années c'était quasi des consultations doubles. Je prenais une consultation au retard à chaque fois pour parler.

Tu le prévoyais, que ça soit une consultation double ?

C'est quelque chose que j'arrive à gérer parce que je suis assez... Je n'ai pas trop de difficulté à pas être en retard. Du coup, je peux facilement prendre 20 minutes de retard et puis les rattraper doucement sur la suite de la matinée quoi. Après, au début de mon activité, je mettais plus de plages de récupération, je travaillais moins vite. Donc, j'utilisais les plages de récupération pour ce type de consultation. Sachant que j'ai quand même beaucoup de patients qui me consultent pour des histoires psycho. Là il y a un cas où c'est des violences conjugales, mais j'ai aussi quelques patients, plutôt des dames, quelques patients que je suis pour des troubles psychiatriques, qui sont réfractaires aux hospitalisations, aux traitements... Donc on se voit très souvent, très régulièrement, c'est des consultations longues où on parle beaucoup. C'est un peu quelque chose que je fais quand même régulièrement depuis le début ça, voilà. C'est un domaine où je suis plutôt à l'aise.

C'est quoi que tu appelles consultation longue ?

C'est quand on dépasse le schéma normal de la consultation avec l'entretien, l'examen clinique et puis la conclusion, la prescription si besoin, etc. C'est une consultation où c'est un long entretien en fait. Avec... Un moment il faut arrêter pour des histoires de temps donc une conclusion tombe mais ça peut être... Actuellement je ne dépasse pas la demi-heure, trois quarts d'heure. Vraiment quand ça, si quelqu'un vient s'effondrer et que ça va pas du tout, je passe 40 minutes, 45 minutes mais pas plus.

Et quand tu as vu cette dame, ça a fait quoi dans ta consultation après ? Par exemple, celle qui s'est pris la claque, qu'est-ce que ça a changé dans ta consultation, le fait qu'elle te dise ça, qu'elle t'en parle ?

Ça a changé que j'ai quand même un peu insisté sur qu'est-ce qui s'était passé, j'ai quand même dit que c'était pas normal de se prendre une claque. Que ça s'appelait une violence, qu'il fallait éventuellement aller porter plainte, etc. Je l'ai dit, mais elle était fermée. « Non non, mais non non... » Voilà, une fois que ça ça a été dit, que la personne manifeste son... Elle se descend un rideau de fer, après voilà, c'est une sorte d'intervention brève à ce moment-là. On dit ce qu'on a à dire, le médecin l'a dit, en regardant la personne. Après, j'ai regardé son tympan, quand même, c'était le motif de sa consultation, et c'est aussi son choix.

Après, c'est vrai que c'est une des premières fois où je rencontrais cette patiente. Toutes les autres fois j'ai été vigilant à voir s'il y avait des petits signes. J'ai jamais plus rien remarqué, elle m'a jamais rien raconté qui ressemblait à ça. Je ne peux pas savoir si c'est parce que comme j'ai été insistant à la première du coup, elle a dit là, je n'en parle pas du tout, ou si que simplement il y a eu une histoire, puis ça s'est pas reproduit, je ne sais pas. Dans la famille, à l'école, il y avait trois enfants en bas âge, il pouvait y avoir des gens excédés. Voilà.

Et donc cette consultation, elle a duré le temps que tu avais prévu qu'elle dure ?

Je ne me rappelle pas. Je pense que ça n'a pas trop...

Ça avait pas changé ton organisation ?

Je me rappelle parce que ça m'a marqué. Je me suis dit que pour arriver à se faire perforer un tympan par une claque, c'est que ça a dû taper fort quand même. Ça m'a choqué un petit peu.

Et toi d'habitude comment tu gères les violences conjugales ? Est-ce que tu poses la question ?

Alors à une époque, à une formation on avait parlé de ça. C'était pas une formation dédiée là-dessus. Et du coup des médecins disaient qu'ils posaient systématiquement la question. Et je me suis dit, oui, pourquoi pas ? Je l'ai fait, mais pas longtemps. Parce que franchement, quand tu poses une question comme ça, ça met une sorte de chape de plomb sur la consultation. Et après, moi, ça m'empêche de faire le reste du travail comme il faut. Donc j'ouvre un peu la porte et si je sens quelque chose je gratte mais je n'en parle pas systématiquement avec les mots. Je pose pas la question « est-ce que vous avez été victime de violences ? » Après franchement, donc là je pense que c'est pas des violences conjugales, c'est souvent des violences pendant l'enfance. C'est très fréquent mais la plupart des gens, en particulier des femmes qui ont des problèmes psychologiques assez marqués, je découvre tout le temps qu'il y a eu des violences physiques ou sexuelles dans l'enfance. Il y en a beaucoup plus que nous, ce qu'on croit.

Mais j'en parle pas aux premières consultations, j'attends qu'on se connaisse. Régulièrement, ça arrive quoi. Le sujet arrive sur le tapis. À ce moment-là, j'ai une note dans le dossier, qu'on soit au courant, mais voilà. En fait, j'en parle que si ça a un intérêt dans la consultation. Si ça a pas d'intérêt dans la consultation, l'aborder comme ça, un peu de but en blanc, c'est... Je vois pas bien le service que ça va rendre à la patiente, en fait. Parce que souvent ces trucs-là, quand on en parle après, c'est quand on est en confiance et que le sujet vient pour une raison X ou Y, je m'aperçois que ça a parfaitement été géré, souvent. Des gens qui ont des suivis psychologiques, psychiatrique etc.

Je suis médecin généraliste, je pense que j'ai des compétences dans ce domaine mais les gens ils ne viennent pas voir pour ça. Sauf certains, il y en a certains qui... Je pense à quelqu'un qui est parti vivre ailleurs. C'était au début de mon installation, quelqu'un que j'ai vu pendant au moins un an toutes les semaines. Parce que c'était quelqu'un qui avait des troubles psychiatriques qui refusait absolument de prendre un traitement. Et moi j'ai accepté le deal qu'il ne prenne pas le traitement, qu'il ne soit pas hospitalisé, mais qu'il vienne me voir toutes les semaines pour voir où ça en était en disant que si ça dérapait par contre... Quelqu'un qui avait des hallucinations, etc. C'était une dame qui était médecin à la retraite. Médecin du travail. Voilà. Par exemple.

Une autre que je vois toujours, qui est infirmière. Souvent ils sont un peu dans le milieu médical. Et pareil qu'il y a des vrais troubles psychiatriques avec des épisodes de dissociation, des délires, etc. Qui est très réfractaire au traitement et que j'ai suivi pendant pas mal d'années sans traitement. Qui a réussi à reprendre un boulot d'infirmière, ce qui est assez fort et qui du coup maintenant prend un traitement mais de son plein gré. Et à l'époque où elle ne prenait pas de traitement, je la voyais toutes les semaines. C'était le deal. Je veux bien être le médecin traitant, ou bien cautionner entre guillemets qu'il n'y ait pas de traitement, mais il faut que je puisse faire un suivi régulier pour le côté un peu de dangerosité par rapport à elle-même ou aux autres.

Mais ce n'est pas directement, on s'éloigne du sujet. C'est pas des histoires de violence... conjugales.

Tu penses que ça s'éloigne du sujet ?

Ben c'est pas conjugal. Dans ces cas-là, ce n'était pas conjugal. Quoique cette fameuse infirmière, un jour elle a mis une dérouillée à son compagnon. Ils se sont séparés à cause de ça. C'est elle qui était violente. Compagnon dont je suis aussi le médecin traitant. Qui lui, il m'en a jamais parlé qu'il s'était pris ça. Voilà.

Ça t'arrive de suivre des personnes qui elles sont violentes et qu'elles t'en parlent ?

J'ai vu hier un jeune homme, 28 ans je dirais, marié, qui sait que sa femme le trompe. Sa femme, dont je suis aussi le médecin traitant, qui elle ne m'a jamais parlé de son amant etc. Donc je connais l'histoire de l'amant par le mari. Et la semaine dernière, il savait qu'ils devaient se retrouver, il y est allé, il a cassé la figure à l'amant. Il s'est luxé l'épaule en faisant ça et c'est pour ça qu'il venait me voir en fait. Donc lui il est violent, mais pas contre sa femme. Est-ce que c'est une violence conjugale ? C'est violence quoi. Dans son discours, il est toujours en train de plaindre sa femme, qu'elle se fait manipuler par un pervers narcissique etc. Bon, moi je me contente d'observer. Sa femme ne me parle jamais son amant. Curieux, curieux...

T'as dit que poser la question, ça mettait une chape de plomb sur la consultation.

Ouais c'est vraiment ça, c'est ce que j'ai ressenti. Les gens ne comprennent pas pourquoi moi, ils viennent me voir comme médecin généraliste, ils ont une représentation du médecin généraliste, et ils ne comprennent pas pourquoi je pose cette question, clairement. On peut expliquer mais voilà, surtout si c'est quelqu'un qu'on va prendre en tant que médecin traitant, quelqu'un qu'on ne connaît pas. On ne le connaît pas mais il nous connaît pas non plus. On pose cette question, et après c'est bizarre, ça fait une suite de consultation étrange. C'est comme une chape de plomb, ça tombe le débat en fait. *S'approche de moi.* Tu as déjà dit que tu étais victime de violence ? Tu vois, tu n'es pas venue pour me parler de ça et t'as pas envie d'y répondre. Et c'est pas le truc quoi. Est ce que j'ai expliqué ?

Oui. Ce que tu veux dire, c'est que ça enlève un dialogue ?

Ah bah oui, ça ferme. Ça ferme complètement parce que par rapport à une question comme ça, je pense que les gens qui ont pas prévu d'en parler, qui sont venus pour autre chose... Il faut... il y a déjà un temps de compréhension de la question, de réflexion sur... Et puis après, il y en a plein ils savent pas forcément quoi répondre. Peut-être soit parce qu'ils en ont subi, soit parce qu'ils en ont jamais subi. Parce que c'est pas non plus systématique, c'est plus qu'on croit, mais il y a aussi plein de cas où les gens n'ont pas subi de violences ni dans l'enfance ni voilà.

Et t'as dit que tu le faisais que si ça avait un intérêt dans la consultation ?

Bah oui, parce que si, bah typiquement celle qui s'est fait perforer le tympan, elle s'est pris une claque, ça vient d'arriver, elle peut être en danger, etc. Donc là ça a un intérêt. C'est lié à la consultation si... Je sais pas moi, quelqu'un vient me voir pour un suivi, X ou Y. On a déjà beaucoup de choses à voir en prévention, les vaccinations, la gynéco, tous ces trucs-là, les dépistages des cancers divers et variés. C'est pas intégré.

Et quand est-ce que tu vois que ça a un intérêt dans la consultation de poser la question ?

Quand ça me vient à l'esprit. J'ai pas de critère objectif, j'ai pas de trame précise. Quand j'y pense, quand ça me fait tilt, je le dis normalement. Souvent je pose des questions d'ailleurs pas sur les violences conjugales, c'est sur les violences. Alors j'explique du fait de cette expérience, je dis pas juste le mot violence, j'explique un peu ce que j'entends par là. Je dis des violences verbales, psychologiques, physiques... Je m'arrête souvent à physique, en imaginant que sexuelle c'est inclus dans physique. Voilà, par pudeur peut-être, je sais pas.

Tu te sens à l'aise de poser la question ?

Ça me dérange pas de poser la question. Mais par contre, ça me dérange ce qui se passe après si ça ne se passe pas bien quoi. Du coup quand je pose la question en général j'ai une posture un peu comme j'ai fait tout à l'heure, je me suis un peu rapproché, je me suis mis comme ça, je t'ai regardé, et voilà. En fait ça me met mal à l'aise aussi mais ça permet d'insister sur l'importance, c'est pas une question en l'air quoi, de curieux c'est...

Et quand tu le fais, ça change quoi dans ta journée ? Dans ta consult, dans ta journée, dans ton organisation ?

Alors dans mon organisation, ça peut changer si ça débouche sur une consultation longue parce qu'on a besoin de parler. Après maintenant ça me gêne beaucoup moins, ça me change beaucoup moins parce que souvent je rattrape le retard sans trop de difficulté. Ou sinon j'ai un peu de retard jusqu'à la fin de la journée, ce qui n'est pas très grave. J'explique aux gens que j'ai eu des cas urgents, je dis, et ils comprennent. Et dans ma journée si, ça change quand même que, c'est quelque chose qui me... Qui reste dans l'esprit quoi donc après j'y pense pendant toute la journée, et le soir aussi j'y repense à cette consultation parce que c'est pas très fréquent, c'est impactant, puis ça parle de choses pas agréables quoi. Voilà.

Il y a beaucoup de sujets où... Une fois que la consultation est finie, c'est fini, mais pas celui-là. Celui-là fait partie des sujets où j'y repense quand même. Comme toutes les histoires soit un peu inhabituelles, pas forcément graves, ni... Le gars qui a luxé l'épaule en allant taper sur son amour, c'est méchant mais il y a un petit côté rigolo quand même dans l'histoire. J'y repense mais... Après, il y a des trucs lourds, des histoires compliquées, je repense aussi quand même en me disant que bon, quand même il y a des gens qui payent cher quoi. Est-ce que j'ai répondu ?

Et tu dis à tes patients d'après que tu as eu des cas urgents quand tu étais en retard ?

Oui, parce que, bah d'abord, je dis juste des cas urgents, je précise pas, parce que il faut pas qu'ils le relient forcément à la personne qui vient de sortir de la pièce, etc. Ça ne les regarde pas. Et puis c'est pareil, je veux donner une raison mais je ne veux pas non plus plomber quoi. Je ne vais pas dire à mes patients... Je ne raconte jamais à mes patients ce qui s'est passé dans les autres consultations. Ça ne les regarde pas et puis ça peut perturber la consultation. Ça se trouve c'est pour enlever un bouchon d'oreille quoi, c'est de la médecine générale. On fait tellement le grand écart de consultation à l'autre que... Voilà, on prend pas la même posture... Et puis dans une journée, on a besoin de consultations qui roulent quoi. Genre un bouchon d'oreille à enlever... Hier soir ma dernière consultation, c'est une dame qui venait parce qu'elle pensait avoir une tique. Elle avait une tique, j'ai enlevé la tique, c'était un bébé tique. J'ai bataillé avec le petit pied de biche parce qu'il était bien accroché. Voilà, c'était sympa, rigolo, il n'y a pas d'enjeux. Ça fait du bien aussi.

Il n'y a pas d'enjeux, tu dis ?

Dans celle de la tique.

C'est quoi les enjeux ? Ça veut dire quoi ?

Il n'y a pas d'enjeux, ça veut dire que la dame elle va partir du cabinet, elle sera guérie, elle a eu un petit truc, elle ne va pas stresser pour sa santé, elle va surveiller qu'il y a pas d'érythème migrant, mais... C'était une consultation tout sourire du médecin et de la patiente. C'est pas le truc où les gens sont venus, ils ont déversé leur sac, ils ont expliqué des problèmes absolument insolubles et nous on a pris, on a essayé de les guider pour les aider un petit peu mais on sait très bien que deux ans après ils en seront au même point quoi, et on peut rien faire pour eux. Ça c'est une consultation où il y a de l'enjeu en fait. Avec des risques pour eux éventuellement etc. Mais on est impuissant. C'est ça que j'appelle une consultation où il y a de l'enjeu. C'est lourd quoi. Faut porter un peu. Voilà.

Et tu utilises des outils, t'as des astuces en particulier quand tu essayes de repérer s'il y a des violences ou des violences conjugales ?

Non, je pose la question. Je n'ai ni outils ni astuces. La seule chose que j'ai, ça fait longtemps que je n'ai pas eu de cas, du coup je sais plus trop où c'est. J'avais fait un petit répertoire des associations à contacter, des numéros de téléphone à donner, etc. Je dois avoir quelque chose, il faudrait que je recherche, mais je dois avoir quelque chose dans mon ordinateur pour aider les gens, ne pas les laisser partir avec rien.

Sachant que... Celle qui s'était fait claquer, je ne sais même pas si je lui ai pas donné un numéro de téléphone quand même. Mais elle a pas appelé. Après, ces trucs basés sur la démarche volontaire... Je pense que les gens qui font la démarche, c'est ceux qui vont un peu se sortir du truc. Et ceux pour qui c'est vraiment... Pour qui il y a éventuellement un danger, ils vont pas faire la démarche volontaire. J'ai jamais constaté de choses où je me suis dit que c'était à moi de prendre les devants et de faire un signalement un truc comme ça, j'ai jamais eu le cas. Ni pour un enfant, ni pour des violences conjugales ou autre.

Si j'ai eu le cas indirectement quand j'étais en stage, quand je faisais ma formation. Mon maître de stage a reçu un gamin qui manifestement avait pris des coups. Il suivait toute la famille, c'était un vieux médecin, il suivait la maman et le papa depuis que eux-mêmes étaient enfants. Et là il avait bien compris que c'était le papa qui avait cogné sur le petit et donc il a pris le petit dans sa voiture et l'a emmené avec sa voiture aux urgences. C'était un médecin à l'ancienne un peu moine. Il s'est permis d'engueuler la maman et après il a... Fait le signalement au procureur, etc. Les gendarmes sont venus tout ça.

Et t'as des outils pour pas forcément faire la question, mais pour toi les gérer ? Tu disais que tu y repensais parfois chez toi. Est-ce que tu as des trucs par rapport à ça ?

Non. Des outils de quel genre ? Je ne sais pas. Non, non. Je ne sais pas ça.

Tu as parlé de formation tout à l'heure ?

C'était une formation, je me rappelle plus de quelle formation, c'était il y a longtemps, c'était une formation... À l'époque, je suis allé le mardi soir à des formations qui étaient à côté de chez moi. J'y vais plus maintenant parce que c'est plus à côté de chez moi. Et puis mardi, c'est ma grosse journée de consultations, j'ai plus courage d'aller le soir encore suivre des trucs. Je pense avoir moins de besoins aussi parce que je suis plus à l'aise, j'ai plus d'expérience. Quand je fais des formations, c'est des formations types DPC sur la journée, où je sors du cabinet, etc. Mais je ne fais plus des trucs de soir, là, j'y arrive pas. Et je ne sais plus de quoi il s'agissait, pourquoi on avait parlé de ça, je ne me rappelle plus.

Nous, on fait un peu ce travail-là parce qu'on sait que ça prend du temps de repérer les violences. Toi tu le prends en compte quand tu le fais ? Est-ce que tu as des gestions, des trucs pour gérer ce temps-là justement ?

Pas du tout. Rien d'écrit, formalisé, etc. Souvent si ça mène là-dessus, forcément le reste va prendre moins de temps, je vais y passer moins de temps quoi. Non, non, j'ai pas de... Aujourd'hui pour les situations qui prennent du temps, au cabinet médical, à la maison de santé, on a une infirmière Asalée, mais actuellement elle ne s'occupe pas de ça. Elle fait surtout du sevrage tabagique, elle fait beaucoup de tests neuropsychologiques chez les personnes âgées. Elle devrait faire aussi du suivi de diabétique, mais c'est vrai que moi c'est un truc que j'aime bien, du coup je fais plutôt moi. J'arrive pas trop à lui lâcher l'affaire là-dessus. Voilà, les histoires de violence, non je sais pas. Après j'ai aussi des confrères psychiatres avec qui j'ai des contacts privilégiés qui me permettent d'adresser en urgence. En particulier un, quand il a des patients qui ont pas de médecin traitant je les prends mais en échange, quand je donne ses coordonnées si le patient appelle de ma part au moins il les reçoit, peut-être qu'il ne peut pas s'en occuper mais au moins il les reçoit, il les oriente et il s'en occupe.

Et tout à l'heure tu disais que tu posais la question quand tu sentais le truc est-ce que... Enfin il y a sentir le truc et il y a décider de poser la question. Est-ce que pour toi ça a une différence ?

Oui. Je peux sentir le truc et puis dans l'entretien laisser les choses venir aussi. Je pose la question que si ça vient pas et que je sens que c'est quand même important d'avoir... Si c'est quelqu'un qui m'a expliqué qu'il était déjà suivi par un psychologue, un psychiatre, etc.

Pourquoi moi je vais poser cette question ? Il a déjà un suivi. Soit il en a déjà parlé du coup ça ne sert à rien. Soit s'il en avait pas parlé ni au psychologue ni au psychiatre, je vois pas bien pourquoi il en parlerait à moi, qui suis médecin généraliste, ou qui ne suis pas... Pour une partie des gens, le médecin généraliste c'est quand même un somaticien. C'est faux dans les faits mais en vrai les gens ont cette représentation là ils vont pas imaginer comment on pourrait les aider quoi.

Et après si jamais c'est des gens qu'ont pas suivi, que je vois que c'est quelque chose qui impacte je pose la question pour avancer, pour essayer de proposer une prise en charge. Je ne peux pas te répondre plus... Je n'ai pas de protocole établi. C'est au cas par cas, comme beaucoup de choses.

Il y a des trucs que tu sens que tu peux décider de prendre le temps ou pas ?

Après je pense qu'il y a un petit impact aussi du déroulement de ma journée. Si c'est une journée où je suis vraiment déjà en retard... Des fois je vais moins laisser ouvert la possibilité d'expression du patient. Mais ça c'est quand même lié à notre modèle économique qui est régi par la convention, qui est drivé par la sécurité sociale, qui veut qu'on fasse beaucoup d'actes, qui ne durent pas longtemps, qui ne nous demande pas d'approfondir, qui veut juste gérer la carence de médecins. Donc on n'est pas beaucoup payés, on est quand même obligé d'intégrer ça dans notre fonctionnement. On peut pas facturer deux consultations le même jour etc, etc. Enfin ces choses-là que tu connais bien. Font que quand si le soir si j'ai 40 minutes de retard il y a un moment où je vais essayer d'aller un peu plus vite dans mes consultations et donc je creuserai moins les choses. Je pense comme tous les médecins, enfin je sais pas.

Ça c'est un peu des outils au final. Ce que tu dis que finalement là je vais rattraper donc je ne creuse pas...

Oui ou là je suis bien à l'heure, je n'ai pas fait de consultations longues aujourd'hui. Là je peux accorder du temps à cette personne qui a l'air d'en avoir besoin. Oui, oui, c'est peut-être ça. Après j'hésite pas à proposer aux gens de revenir, quitte à leur redonner un rendez-vous moi. Ils disent oui, mais je leur redonne des rendez-vous comme ça. Voilà ...

Ça c'est souvent ?

Que je redonne des rendez-vous aux gens ? Pour des motifs divers et variés, oui. On l'a fait ce matin. Une patiente qui vient pas souvent du tout et qui avait deux gros motifs de consultation. Il y avait l'interne du coup, ça a pris déjà le premier motif plus de temps que prévu. Le deuxième, j'ai dit « bah non, là si on le fait, on va le faire vite et pas bien. » Donc elle a rendez-vous la semaine prochaine. Elle revient pour s'occuper de l'autre chose. Ça fonctionne quand c'est des motifs qui *a priori* ont pas forcément de lien entre eux. Après, une

consultation à un motif, en médecine générale des fois c'est un peu illusoire, parce que des fois les choses sont liées, des fois c'est des toutes petites choses où on peut traiter ça dans... voilà. Il n'y a pas de règle absolue mais effectivement j'ai des outils qui ne sont pas... Je les formalise pas bien quoi.

Et pour gérer ton temps de manière générale dans ta journée, tu as des choses que tu sais que tu fais, que tu ne fais pas, des outils aussi ?

Alors pour gérer mon temps dans la journée, déjà j'ai des plages horaires, je ne consulte que sur rendez-vous. Les urgences c'est des urgences régulées, c'est-à-dire que les gens doivent téléphoner au secrétariat qui me les placent sur des plages qu'ils ont le droit d'utiliser ou me demandent et c'est moi qui décide. Je positionne sur mon calendrier professionnel les choses personnelles importantes, ce qui me permet de ne pas pouvoir me faire coincer par des consultations, etc. Les quelques gens qui viennent quand même en plus, ça arrive tout le temps, si je peux pas, je ne les reçois pas. C'est comme ça. Je leur dis de revenir, je leur explique que là c'est sur rendez-vous, que là je n'ai pas le temps. C'est le savoir dire non surtout.

Et j'organise aussi mon planning avec des horaires de consultations, des temps de consultations assez larges par rapport à ce que je sais faire maintenant pour pouvoir être tranquille et ne pas me stresser. C'est-à-dire que je pense que maintenant je serais capable d'enchaîner des consultations à moins de 20 minutes, mais comme il y en a toujours une qui va déraiper je préfère laisser 20 minutes si j'ai... Des fois ça m'arrive d'avoir un peu d'avance, il y a toujours quelque chose à faire, des documents à classer etc. Je ne suis jamais en train de m'ennuyer. Et au final ça me permet le soir quand j'ai fini d'être assez rapide dans la fermeture et de ne pas partir trop tard. Sauf quand j'ai des interviews, des trucs comme ça...

T'arrives à voir tout le monde, t'as l'impression ?

À voir tout le monde ? Qu'est-ce que tu veux dire par là ? Je comprends pas.

Est-ce que t'as l'impression de pouvoir voir tes patients autant que ce qu'ils le nécessitent ?

Alors jusqu'à il n'y a pas très longtemps, à peu près. Là il y a eu, depuis un ou deux mois, ça a été un petit peu plus tendu, avec des gens qui... Alors des gens qui avaient oublié la consigne qui est d'appeler en cas d'urgence, et qui du coup se retrouvaient avec des moments et quand ils voulaient prendre rendez-vous, ils avaient un rendez-vous 15 jours après. Je leur avais aussi expliqué qu'il faut se reconnecter le lendemain parce que tous les jours j'en libère. C'est automatique [...]. Et que le lendemain à la première heure ils vont trouver un rendez-vous trois jours après qui s'est libéré, parce qu'ils se libèrent... Voilà. Et des fois des patients qui sont

allés voir d'autres médecins, qui ont fait des téléconsultations sur les trucs [...] et ces cochonneries-là. Parce que ils se sentaient coincés ils avaient pas de réponse immédiate. Donc non, j'arrive pas tout à fait. Après j'ai fait de façon empirique la limitation de la patientèle médecin traitant j'ai augmenté jusqu'à atteindre la limite. Mais en fait quand on sait qu'on est à la limite, souvent on l'a un petit peu dépassée. Je pense que j'en suis là quoi. J'ai 1000 patients, c'est un petit peu trop. Faudrait que je réduise mais j'arrive pas à réduire. Il y a un turnover naturel des gens qui partent, pour des raisons X ou Y. Mais comme j'en reprends quand même occasionnellement, en gros je reste à 1000. Et selon les périodes, c'est parfois un petit peu trop. Voilà.

Mais tu dis, j'ai atteint ma limite. T'avais une limite chiffrée ?

J'essaie d'avoir des critères objectifs. Du coup ma limite chiffrée, oui, c'est mille. Par rapport à mon temps de travail et mon temps de consultation et voilà. Des patients, j'ai l'impression de les suivre correctement. Après, je pense ceux qui partent c'est pas pour des raisons de sujet médical, c'est pour soit des raisons géographiques. Comme quand j'ai ouvert, comme il y a une pénurie sur l'agglomération grenobloise, quand j'ai ouvert il y a des gens qui sont venus d'un peu partout. Après, s'il y a un médecin qui s'installe vers chez eux, c'est logique qu'ils y aillent. Après, il y a une personne sur 10 qui prend la peine de le dire. Et 9 sur 10, on découvre qu'ils ont quitté la patientèle, on sait pas pourquoi. On se pose toujours la question de pourquoi ils sont partis quoi ? Pourtant la dernière consultation ça s'était bien passé... Bon. C'est comme ça. Aussi parce que moi je regarde. On peut ne pas regarder et ne pas se rendre compte. Moi j'aime bien savoir donc je regarde. Je regarde aussi pour savoir où j'en suis dans ma patientèle. Du coup, je vois qu'il y a les sorties, donc je regarde les sorties, et voilà.

Tu regardes souvent ?

Oui, trois fois par semaine. Comme ça, les sorties, je marque dans le système qu'ils sont sortis. Et aussi ceux qui quittent la maison de santé pour avoir un autre médecin traitant dans le coin je les blacklist [...]. Ils ont changé de médecin traitant. Moi je fais quand même des gros efforts pour être disponible. C'est pas pour me récupérer... J'ai quand même régulièrement des gens qu'arrivent, pour des raisons X ou Y, à passer à travers. Et en fait ils ont un médecin traitant sur l'agglomération qu'ils arrivent jamais à voir donc ils viennent me voir moi, mais bon, il y a un moment... Soit ils changent de médecin traitant, soit... C'est bon quoi. Je suis pas médecin urgentiste, je suis un médecin traitant. C'est le suivi qui m'intéresse. Voilà.

Et tu arrives à le faire comme tu veux le faire, ce suivi ?

Alors... Globalement oui. Après, comment dire... Comme je veux le faire, à avancer en même temps que ça s'est fait. Ce que je veux dire par là, c'est que peut-être comme je voulais le faire

au début quand j'ai démarré, c'est pas comme ça que je fais maintenant mais j'ai aussi changé de façon de faire parce que finalement ça convenait, ça fonctionnait. Moi, tous les gens que je suis pour des pathologies chroniques j'aime bien les voir quand même régulièrement. Et d'une façon générale les patients j'aime bien les voir régulièrement. Ça apporte un énorme confort aux consultations parce que quand ils rentrent dans la pièce en tête je sais, je connais leur dossier médical, peut-être pas dans le détail, mais je le lis en diagonale en dix secondes sur mon ordi et je sais exactement... Ce patient-là, il y a tel point, tel point, tel point, tel point. Les gens que je vois très occasionnellement, à chaque fois, c'est la redécouverte. Je lis mon dossier médical mais ça m'évoque pas... Voilà.

Je passe beaucoup de temps à organiser le dossier médical pour que d'un coup d'œil je voie tout de suite ce qui va et ce qui va pas. Je remplis beaucoup la rubrique antécédents, j'essaye de coder les actes aussi, je mets des codes couleur pour d'un coup d'œil avoir un bout de chose, etc. Je pense que j'y arrive du coup. C'est quand même concentration et attention de tous les instants. C'est vite prenant en fait.

Et puis j'ai quelques patients, ceux-là j'aime pas non plus, qui ont une espèce d'errance médicale. Alors soit du fait de leur mode de vie, ils vivent à deux endroits, donc ils viennent me voir et un coup ils vont voir l'autre médecin. Encore ça, ça va, mais aussi des gens qui tapent dans le spécialiste de leur propre chef. Ça m'est déjà arrivé, des patients dont je suis le médecin traitant qui viennent me dire qu'ils ont pris un rendez-vous chez tel spécialiste, qu'ils veulent le courrier. Je leur dis « bah moi j'ai aucune raison de vous envoyer chez le spécialiste. » Donc selon comment ça se passe soit je leur fais pas le courrier, après du coup forcément ça se passe pas très bien. Soit je leur fais un courrier dans lequel j'explique que, ils vont voir en consultation Mme machin qui a pris rendez-vous de son propre chef, à sa propre initiative pour tel motif, et je mets aucun détail. L'air de dire que moi je ne l'aurais pas envoyé. Je suis des fois peut-être un peu trop gentil. C'est-à-dire que les gens ils me le présentent bien, j'ai tendance à quand même faire le courrier. Mais en vrai je devrais pas.

Et après dire non, ça s'apprend mais des fois, il y a un moment, des fois il faut... On ne peut pas dire non tout le temps, de toute façon. Ça m'est déjà arrivé de dire à des gens, non je ne vais pas vous faire le courrier parce que moi je n'ai pas du tout besoin de vous aller voir ce spécialiste. « Ben comment je vais faire ? » Je dis « vous allez y aller, vous avez pris votre rendez-vous il va vous examiner, simplement vous serez moins bien remboursé parce que ce n'est pas le parcours coordonné. Je suis désolé mais moi j'ai pas besoin que vous allez le voir. » Et je leur explique aussi que quand on cherche des trucs, des fois on trouve des choses, on déclenche plus de problèmes pour qu'on en résout. J'ai eu le cas récemment là, c'était quoi ? Une patiente qui est venue me voir parce qu'elle avait été voir un micro-nutritionniste etc. qui lui avait demandé de venir me voir pour que je prescrive une liste d'analyse. Je lui ai dit, « moi si je prescris, c'est parce que j'ai besoin de résultats. Ça j'en ai pas besoin, ça j'en ai pas

besoin, ça j'en ai pas besoin. Si lui en a besoin, soit il vous envoie faire les analyses avec sa liste et vous les payez, soit il n'a pas le droit de prescrire, c'est comme ça. » Donc moi j'ai fait la liste d'analyse que j'ai accepté de faire pour faire un bilan de santé et cette patiente d'origine étrangère est allée dans son pays d'origine et a fait tout le reste. Sauf qu'elle est venue me voir en me demandant d'interpréter les résultats. Et donc en particulier il lui a fait une insulïnémie qui était très élevée, ce qui veut dire qu'à 33 ans on peut déjà lui prédire qu'il va avoir un diabète de type 2. Je lui ai dit « je suis désolé de vous dire ça mais vous allez avoir un diabète de type 2, mais vous me demandez voilà on a cherché on a trouvé. » « Et oui mais c'est quand même bien de savoir ». Je lui ai dit « ben peut-être sauf que à part vous surveiller là on n'a pas lieu de faire grand chose de plus donc vous étiez en bonne santé, vous l'êtes plus. » Je ne l'ai probablement pas dit comme ça, mais voilà quoi. Mais elle est partie quand même convaincue qu'elle avait bien fait de le faire. Je l'ai laissée.

Là, tu disais dans ton agenda, tu libères des créneaux trois jours avant ?

En fait, je remplis mes créneaux à 100% trois jours avant. Onze jours avant, je les remplis à 80%. On ne peut pas les remplir à plus de 80% entre 11 jours et 3 jours. Et 60 jours avant, on peut les remplir à 40% chaque jour. Et j'anticipe pas plus de 60 jours.

C'est déjà pas mal.

C'est déjà pas mal et c'est très peu pris en fait. En médecine générale, les gens ils prennent quasi jamais un rendez-vous 2 mois à l'avance. Avec moi en tout cas. Après il y a plein de gens qui disent « Moi mon médecin, chaque fois que je me connecte c'est 15 jours après. » Parce que si je ne fais pas ce filtre [...], je suis sûr que j'aurai des rendez-vous que à 15 jours. Parce que les gens ils... ils rempliraient quoi. Et là je pense qu'il y a 90% des gens qui se débrouillent tout seuls [...] à avoir des rendez-vous, y compris hyper rapides, qui ont compris que s'ils regardent le matin, en plus il y a l'histoire des listes d'attente, donc dès qu'il y a un rendez-vous qui se libère, les patients sont prévenus, donc il y en a toujours un qui le prend. Sauf quand c'est vraiment une heure avant... Mais avant ça pouvait pas être - on pouvait pas annuler un rendez-vous plus tard que la veille ça a été modifié [...] pour diminuer le nombre de lapins ils ont mis une heure avant. Alors du coup ça diminue le nombre de lapins mais le patient qui a eu son rendez-vous une heure avant il est pas pourvu donc on a un lapin quand même. Et du coup ça a râlé et maintenant on peut le paramétrer. Du coup moi je l'ai paramétré j'ai mis deux heures. J'ai pas eu de nouveau faux lapin. J'ai bien vu des rendez-vous qui se sont annulés, qui ont été repris tout de suite. Donc ça marche plutôt pas mal ça.

Et tu arrives à reconvoquer les gens dans les délais que tu souhaites ?

Ah oui, bah comme je regarde mon planning, sauf dans les trois jours qui suivent, le reste du temps j'ai des trous qui sont ces fameux non remplissage. Mais moi je peux les forcer. Donc je prends ce que je veux, et si c'est vraiment dans les trois jours, genre si c'est une lecture d'IDR ou un truc comme ça, j'ai mes créneaux d'urgence que le secrétariat peut pas remplir à un autre moment que le jour même. Et puis des fois, je me remplis de créneaux d'urgence, puis je me rajoute un, je me rajoute deux, je me rajoute trois. Hier, j'ai rajouté deux consultations en plus de ce que j'avais prévu sur le planning parce que je sais, j'avais le temps. Parce que c'est le week-end avec le 1er mai et tout ça. Surtout la semaine prochaine je vais travailler que deux jours. Donc j'expédie un peu tout ce que je peux. Mais parce que je le veux bien. J'essaie autant que possible de trouver une solution au patient. Et de ne pas leur dire, bah non là je suis désolé, j'ai pas de place pour faire autrement. Des fois je suis obligé, mais je fais le moins possible en tout cas avec les gens de ma patientèle. Après c'est clair que jamais je bosse le week-end. J'ai des horaires qui permettent de gérer les gens qui travaillent aussi. Je finis quand même certains soirs pas très tôt. Je pense que je fais l'effort quand même.

Et qu'est-ce qui fait que tu avais le temps par exemple de le rajouter, les trois autres, hier ?

Parce que jeudi après-midi, je le réserve à faire des domiciles, j'avais qu'un domicile. Et quand je fais des domiciles, je fais des tâches administratives quand même. Je me mets à jour de toute ma liste des courriers, des machins, etc. Puis j'avais pas de trop de perso prévu après, j'avais le temps quoi. Voilà.

Et nous on a fait ça parce que les médecins généralistes ils disent qu'ils n'ont pas le temps de faire du repérage des violences. Qu'est-ce que tu en penses ?

Ça dépend ce qu'on appelle le repérage des violences. J'en pense que quand même le modèle économique qui nous est imposé il est vraiment pas favorable à faire du travail de qualité. Il est favorable à faire du travail de rapidité. C'est pas compatible avec la qualité. Et c'est pas compatible avec la prévention, le dépistage, le repérage etc. C'est extrêmement tentant et facile de faire sa consultation de médecine générale centrée sur un seul item et bien carré, bien expédié comme dans les livres et ça dure 10 minutes et on est content parce qu'on a fait un truc. Sauf que voilà... Après d'un autre côté ce fonctionnement c'est la convention mais c'est quand même un peu la société dans laquelle on vit qui demande d'avoir une médecine comme ça. Du coup vouloir absolument faire des choses qu'on ne demande pas de faire ça s'appelle la surqualité. Et après on gère aussi une petite entreprise, il faut que ça fonctionne. Moi je sais pas, j'ai la chance d'entrer à une phase de ma vie où j'utilise l'argent que je gagne juste pour vivre. Mais j'ai pas besoin d'épargner, j'ai pas de loyer à payer, j'ai pas d'emprunt. Mes enfants sont grands, ils coûtent quand même moins cher. J'ai pas non plus un mode de

vie très luxueux il faut bien dire. Et du coup je gagne largement assez pour faire ma vie. Mais après, par rapport aux compétences, aux connaissances, à l'expérience que ça demande, on ne gagne pas du tout ce qu'on devrait. Après, la seule solution pour gagner plus c'est travailler plus en médecine. Travailler plus c'est soit faire plus d'heures, soit concentrer plus d'activités dans le même nombre d'heures.

Je peux pas répondre à cette question. Je pense que si c'est vraiment faire de dépistage systématique, effectivement je pense qu'on n'a pas forcément trop le temps. Après on pourrait imaginer dans le cadre par exemple la coopération avec Asalée de proposer aux gens, façon annuelle ou tous les trois ans ou tous les cinq ans une espèce de consultation pour rien. Qui n'est pas pour rien hein mais sans que le patient vienne avec un motif. Pour parler de tout ce qu'on essaye de caser dans notre consultation, parce qu'on en fait quand même plein hein du dépistage, de la prévention, etc. On se sent tous obligé de faire alors que ce n'est pas du tout pour ça que les gens viennent.

On a eu une consultation ce matin avec l'interne, un jeune homme qui venait pour le renouvellement de son traitement contre l'acné. Il a de l'isotrétinoïne qui a été prescription initiale par un dermatologue. A ma demande parce que je le traitais mais je suis arrivé à cette étape et je pouvais pas le faire, donc le dermatologue il a dit « bah oui il faut de l'isotrétinoïne », il a fait la prescription initiale, je fais les renouvellements. Jusque-là tout va bien. Et là 25 ans. Je lui parle du vaccin. Et la soupe à la grimace parce qu'en fait il avait bien vu qu'il avait le vaccin à faire. Il avait pas trop envie du vaccin, il est pas venu pour ça. Voilà. On lui a prescrit. Il l'amènera la prochaine fois... Ou pas. Voilà.

Qu'est-ce qu'il faut penser de ça ? J'ai pas la réponse mais bon on nous dit qu'il faut faire, mais on nous dit le "on" c'est qui ? C'est des gens qui font de la santé publique, de la santé économique etc. Moi je pense que je suis surtout redevable auprès du patient et qu'il y a un moment quand un patient ne veut pas des choses il ne faut pas faire ces choses-là. On peut pas le forcer à... Des gens que je connais par ailleurs qui sont allés chez un nouveau médecin pour un truc et qui sont sortis avec la tête comme ça parce que... En particulier les dames ça a été déroulé, toute la gynéco, tout le truc, etc. J'ai pas la vérité. Mais c'est une distorsion complète entre ça, ce pour quoi on est payé officiellement, ce qu'on nous demande. En fait, personne ne nous demande de faire ça, finalement. Le patient il a pas envie. La sécu nous dit qu'il faut le faire, mais elle ne veut surtout pas nous rémunérer pour qu'on puisse le faire, elle veut qu'on consulte vite donc pas qu'on s'occupe de ça. Personne nous demande de faire ça. Nous on décide de le faire parce qu'on imagine que c'est bien. Et si en plus t'intègre là-dedans les discussions qui peut y avoir autour du dépistage obligatoire, dans certains cas sur le sur-diagnostic etc. Le bilan, il est quand même : beaucoup d'efforts, pour quoi ? Donc voilà.

Typiquement, tout ce balayage de prévention etc. je le fais pas du tout systématiquement mais comme aucun médecin de toute manière. Par contre dès que j'ai un nouveau patient qui vient

pour la déclaration de médecin traitant, moi j'ai une première consultation plutôt administratif antécédent, et puis je les fais toujours revenir une fois ou deux avec tout leur dossier, on balaye tout ça. Mais là, c'est parce qu'ils viennent pour ça, donc c'est logique qu'on s'en occupe.

Du coup, est-ce que dans ce cadre-là, il faudrait parler des violences ? Pourquoi pas. Mais qu'est-ce que j'en fais derrière ? Est-ce que vous avez subi des violences ? Oui. Après on peut creuser sans... Et après ? Je ne sais pas forcément quoi en faire. Le fait de le savoir, je me rends compte que ça ne change pas ma façon de travailler. Parce que les gens qui ont subi des violences... Moi j'ai l'impression que je le perçois tout de suite. Il y a plein de fois où je me dis que là il y a eu quelque chose. Je le sais mais en tant que médecin on sait plein de trucs qu'on ne dit pas aux gens. Et du coup ça va pas changer mon comportement vis-à-vis du patient parce que je vais être précautionneux sans savoir mais en imaginant que, pareil que si je savais peut-être même plus d'ailleurs, je sais pas. Du coup, ouais voilà, j'arrête.

C'est très intéressant. Est-ce que tu as des choses à ajouter par rapport à tout ça ?

Oui je peux quand même dire que globalement, si c'est pas ressorti, ça veut dire que je ne suis pas toujours très à l'aise avec ces histoires de violence. Parce que c'est quelque chose dont je ne sais pas forcément toujours quoi faire. Et que malheureusement c'est le lot de plein de gens... Et que la violence fait partie du monde. Et que ça explique plein de choses mais chez beaucoup de gens... Moi je, à titre personnel, j'ai pas notion d'avoir été victime de violence. Après je viens d'une époque où, je sais pas en cinquième je me suis pris un énorme coup de pied dans le derrière par mon prof de français, mais franchement je pensais que je l'avais mérité et je le pense toujours. J'avais retapissé la salle de classe avec des jets de stylo encre. Elle m'a mis un coup de pied dans le derrière. À l'époque c'était comme ça. Je ne pense pas que ça m'ait traumatisé en fait, parce que je l'ai pas vécu ni comme une injustice ni rien du tout. Ma mère elle m'a mis des claques. Voilà, ma mère elle était enseignante, elle mettait des claques à ses élèves à l'époque. C'était il y a fort longtemps. C'était un autre temps, c'était pas comme maintenant.

Et je pense si on me demande, si quelqu'un me demandait de façon un peu insistante, est-ce que vous avez subi des violences ? Du coup, je pourrais dire oui, puisque oui, j'ai subi des violences, mais en fait, j'ai pas du tout l'impression que ça a le moindre impact sur ma vie d'aujourd'hui quoi. J'ai subi des... oui, une autre fois il y a un gamin qui m'a mis une claque dans la cour de récréation, je me rappelle encore quand même, ça m'a marqué, mais... ça a peut-être juste contribué à faire qui je suis maintenant sans que ce soit... C'est pour ça que je ne suis pas très...

Alors là, on est sur un sujet violence conjugale, c'est quand même pas pareil, mais... Après, dans les gens qui vivent ensemble... C'est dur de définir qu'est-ce qui est violent, qu'est-ce qui est du rapport de force normal. Il y a toujours un rapport de force, il y a toujours des petites sortes de manipulations, consciente, inconsciente. Le curseur, il est dur à mettre. C'est sûr que un coup c'est forcément une violence. Après il y a toutes les autres formes qui sont peut-être plus dures à caractériser. Je sais pas.

Dans ce que tu dis, tu n'es pas sûr d'être hyper à l'aise avec ça ?

Pas hyper à l'aise et j'ai même peur d'être délétère en fait. J'ai peur des fois de déclencher des questions, des trucs, que les gens se mettent à penser à des choses, à réinterpréter leur vie alors que, ils avaient rien demandé, que ça allait bien donc... Quand on creuse, des fois on trouve mais des fois les choses, si elles sont bien enterrées c'est pas toujours bénéfique d'être déterré, des fois oui mais des fois non donc... le côté d'être systématique bof je le sens pas. Je le fais pas. Ça a répondu ?

Ouais carrément ! J'ai fini toutes mes questions. Merci beaucoup...

ENTRETIEN M5

Et est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps que t'es installée, comment tu travailles, avec qui, quels patients tu as, ce genre de choses ?

Je suis installée [...]. Et j'ai donc une remplaçante fixe le jeudi et vendredi après-midi. [...] Et voilà.

Tu vois beaucoup de monde par jour ?

Ouais. Ça dépend des jours. On va dire... Tu veux un chiffre exact ?

Ouais.

Ben aujourd'hui j'en ai vu... Oui entre 20 et 30 en fonction des jours. Alors ce sont des journées complètes. Parce que des fois je fais des demi-journées. Et par exemple le lundi je travaille la journée et après je fais des urgences tant qu'il y en a en fait. Donc la semaine dernière on a fini à 4 heures, on a vu je ne sais plus combien, et puis là on a fini à 2 heures tu vois, ça dépend vraiment... Donc on va dire en moyenne, si c'est une demi-journée, je vais en voir 15. Ouais c'est ça entre 13 et 15, et puis si c'est une journée entière entre 20 et 30.

Et tes durées de créneau de consultation, ils sont de combien ?

Ils sont de 20 minutes, sauf pour les urgences, ils sont de 15 minutes. Quand c'est le lundi, ou quand je les rajoute en début de journée ou en fin de journée, je fais plus court comme ça, j'en vois plus.

C'est toi qui gères ça ? C'est toi qui décides qui a le droit entre guillemets aux créneaux d'urgence ?

Ah non. J'ouvre les plages d'urgences, c'est la secrétaire qui les met, mais elles sont vachement bien, elles sont super strictes et tout ça. Et s'il y en a un ou deux qui ont essayé de m'arnaquer, ils ont vite vu le résultat et ils le font pas deux fois je peux te le dire. *Rires.* Donc les gens appellent le matin, si c'est une urgence elles les casent. Et si il n'y a plus d'urgence, qui a besoin, je peux encore avoir des demandes dans la journée que je rajoute éventuellement le soir si je peux.

Et est-ce que tu peux me raconter la dernière fois que tu as un ou une patiente qui t'a parlé de violences conjugales ? La dernière ou celle qui t'a marqué ?

C'est compliqué parce que moi je fais beaucoup de pédiatrie, donc j'ai beaucoup de parents. La violence conjugale se présente de plein de façons différentes. Et en fait, c'est quand même hyper courant. Ne serait-ce que parce que le père il s'en occupe pas par exemple. Donc ça

dépend ce qu'on entend par violence conjugale. Ça se fait taper dessus ou est-ce que c'est juste un truc psychologique ?

T'entends quoi toi par violence conjugale ?

Moi j'entends tout. Je mets tout dedans.

Moi aussi, je mets tout dedans.

Donc la dernière, c'était, c'est une qui est venue parce qu'elle pétaït les plombs. Et en fait elle est en burn out, elle est très déprimée, tout ça. Parce qu'au boulot, c'est très compliqué, il y a beaucoup de travail... Donc je lui demandais comment ça se passait dans la famille. En fait le mari, bah il est gentil mais il est pas là, il s'occupe pas des enfants. Elle a un boulot où elle bosse énormément. Donc elle rentre faut encore qu'elle s'occupe de tout ça. Lui, il veut pas, donc elle essaye de le... de lui dire de faire, mais en fait, en gros... Puis elle a un petit côté perfectionniste qui fait que elle a pas très envie non plus. Enfin, c'est pas qu'elle a pas très envie, mais disons que... probablement, elle a maintenu la main dessus. Et du coup, c'est dur de relâcher. Mais du coup, le mari, il est pas présent du tout pour elle, alors que là, elle est vraiment en train de péter les plombs, quoi. Donc bon, il la tape pas dessus, mais cette absence-là, c'est quand même... C'est pas ouf quoi.

Elle t'a rapporté des mots, des choses comme ça ?

Euh... Non, pas pour lui. Non, non, elle m'a dit que juste il était absent. Mais bon... Ça en fait partie aussi quoi. Puis j'en ai eu une autre ce matin, donc elle, elle a divorcé d'un premier avec qui elle a un enfant, il y a eu un jugement et lui il est en train de demander un deuxième jugement pour avoir plus de garde et tout ça. Donc elle est avec un autre mec depuis trois ans, ils ont acheté une maison et tout. Et là il l'a largué comme ça en disant tu peux te passer de moi. Voilà donc il l'a larguée, en plus de ça il reste quand même à la maison. Donc elle le voit tout le temps et tout. Enfin je trouve qu'il y a une violence là-dedans. Alors il lui tape pas dessus non plus mais bon après il fait des remarques pas sympa non plus. Mais c'est vraiment cette espèce d'agressivité larvée là. Cette espèce de truc où il est là tout le temps. Enfin, ils racontent tous ce genre d'histoire. Je dirais qu'il y en a vraiment beaucoup.

C'est eux qui t'en parlent directement ?

Non, c'est moi qui pose la question en général. C'est rare qu'ils m'en... Là, elle est venue pour ça. Mais à cause de la séparation, du coup on a creusé la chose. Mais en général, c'est moi qui vais en parler quand je demande aux parents comment ça se passe. À la mère, comment ça se passe à la maison, est-ce que le papa il fait son boulot, etc. Donc c'est là en général que ça ressort pour les tout petits bébés. Et puis quand ils sont plus grands, c'est quand la mère

on voit qu'elle va pas bien, donc là... Souvent tout va bien, ça va pas mais bon voilà. Et puis après au bout d'un mois ils en peuvent plus aussi. Mais en général, c'est moi qui pose la question.

Là, les situations dont tu parles, c'est sur des consultations d'enfants du coup que ça s'est passé ?

Non, c'était une consultation pour une adulte aujourd'hui, et celle d'hier, c'était aussi pour une adulte qui venait parce qu'elle était déprimée. C'était pas une consultation d'enfant. Mais enfant, c'est pareil, c'est déprimant. Les générations elles passent, c'est pareil, c'est exactement la même chose, ça bouge pas. C'est quand même incroyable quoi. Il doit y avoir une espèce de gène, de programmation qui fait que même avec le temps qui passe et toutes les évolutions sociétales, ça bouge pas. Je pense qu'il y a quand même une programmation génétique.

Et ça a eu quels enjeux pour toi dans la consultation le fait que ça vienne sur ce sujet-là ?

Des enjeux, c'est-à-dire ?

Ça a changé quoi dans ta consultation ? Est-ce que tu l'as vécue différemment que ce que tu pensais que ça allait se passer ?

Oh non, ça fait partie de mon questionnaire en fait. Enfin, façon de parler j'ai pas de questionnaire tout fait, mais disons que ça fait partie des questions que je pose assez systématiquement. Donc pour moi, non, il n'y a pas d'enjeu...

Et c'est quoi les questions que tu poses assez systématiquement ?

Comment ça va à la maison ? Est-ce que votre mari est gentil ? Il y a personne qui vous tape ?

Donc toi, le repérage des violences, ça se fait comment ?

Dans la consultation en discutant... Après je vais pas aller directement à « est-ce qu'il vous tape ? » là tout de suite là maintenant. Mais disons que je vais commencer par demander comment ça se passe. « Est-ce que le mari il aide à la maison ? Comment ça se passe pour le partage des tâches des enfants ? » Et si elle est là en train de dire « ouais c'est pas évident », à ce moment-là je vais dire « bon est-ce qu'il est violent avec vous ? » Je vais poser directement la question. Je la pose aussi en consultation de gynécologie. Et pour toutes les dépressions, pour ceux qui viennent pour dépression, je la pose systématiquement aussi. « Est-ce que quelqu'un vous tape, est-ce que vous avez subi des violences autrefois, ou est-

ce que vous en subissez maintenant, et est-ce que c'est des violences physiques ou psychologiques ? » En leur disant que pour moi c'est pareil en fait les deux, et donc voilà.

Tu l'abordes avec tout le monde ?

Ben... ouais. C'est toujours abordé au moins une fois dans mon suivi, et même des fois plusieurs fois. Mais oui c'est abordé... C'est dur de dire avec tout le monde parce que c'est compliqué de dire ça. Est-ce que je l'aborde vraiment avec tout le monde ? Euh.. J'aborde pas avec les mecs. Par exemple. Donc pas avec tout le monde non. Mais sinon les mamans oui. Elles auront leur question à un moment donné.

Tu saurais dire pourquoi tu ne l'abordes pas avec les hommes ?

Pourquoi ? Peut-être par féminisme ou par soutien sororal. En fait j'aurais tendance à poser la question aux femmes qui sont quand même plus fragiles. En plus, il y a des moments où elles sont fragiles, où elles sont enceintes, où elles ont accouché, où c'est compliqué au boulot... C'est des moments de grande fragilité psychique et quand il faut soutenir toute la famille, c'est vrai que c'est la femme qui soutient plutôt la famille que le mec. Faut pas rêver non plus c'est comme ça que ça marche. Et donc du coup, quand elle, elle ploie, enfin la famille ça va pas. Donc c'est vrai qu'il y a cette notion là où je pense quand même que la femme est plus importante que l'homme dans une famille... Par expérience. Même si l'homme a son importance etc. Voilà machin. Mais n'empêche que c'est quand même elle qui se tape tout le boulot en grande majorité, faut pas rêver.

Et après j'ai moins d'hommes aussi. Et puis ils sont moins perméables à ce genre de... C'est moins facile d'introduire la discussion là-dessus. Puis bon dire « est-ce que votre femme vous tape... » C'est sûr que je devrais poser la question. J'avoue que j'ai un peu du mal à le faire. Je sais pas trop pourquoi exactement. En tout cas, quand ils viennent ils sont vachement plus... Ils vont être plus carré. C'est-à-dire le bébé boit tant, il fait ça, tac tac tac, il y a le vaccin, et puis voilà. Et en fait, il y aura beaucoup moins de discussion autour, en fait. Parce que des fois, je vais pas forcément parler de violence, mais je parle d'autres choses et tout ça, et eux, les hommes, ils vont pas vraiment rebondir en fait, parce qu'ils sont vraiment... Il y en a quand même si, des fois, qui sont un peu plus sensibles et qui vont le faire. Mais en général, c'est vrai qu'ils ne rebondissent pas trop, donc ça ouvre pas trop la discussion non plus pour parler d'autre chose.

Après, c'est toujours un petit peu chiant parce que quand y a des divorces, ils essaient toujours de mettre le médecin entre les deux et tout. Et c'est vrai qu'il y a un peu quelque part une prise de... Enfin, c'est pas que je prends en fait... Moi, je suis pour les enfants et pas du tout pour les parents. Donc quand ils viennent me faire chier je leur dis que les parents, je m'en fous en fait. Vous faites votre vie, c'est pas mon problème. Vous vous débrouillez avec vos avocats,

ce que je veux c'est que l'enfance ça aille bien. Donc vraiment je leur dis ça à tous les deux. Donc ils ont pas de certificat de ma part ou pas de truc bizarre de ma part, ça, je leur fais pas du tout. Mais c'est vrai que quand ça se passe mal, je sais que les deux vont venir me prendre la tête, pour dire il faut faire un papier parce que gnagnagna. Et par principe sororal, c'est vrai que je reste plutôt sur sur la femme. C'est plus une question, un principe politique qu'autre chose.

Du coup, tu fais pas de certificat de coup et blessure du tout ?

Ah bah non, sauf s'il y a coup et blessure. S'il y a un hématome, il faut le faire, mais si c'est quoi que ce soit... L'ordre dit qu'il faut pas. Non, ça c'est directement en conciliation, laisse tomber, je l'ai vu assez comme ça, donc non !

Et tu dis, quand ça se passe mal, ça veut dire quoi ? Tu dis, quand ça se passe mal, ils viennent me voir...

Quand ils divorcent ! Au moment où ça va chauffer, parce que pour une raison ou pour une autre, ils vont venir. Parce que la maman va venir, disant, c'est toujours moi qui vient en consultation, donc il faut me faire un papier comme quoi... En fait, c'est les avocats qui demandent des certificats ou des choses comme ça. Bon là ils ne me demandent plus trop parce qu'ils me connaissent maintenant. Et puis le père il va faire pareil, il va venir aussi pour dire oui gna gna gna... J'en ai certains qui, j'ai un, il est venu me voir, il voulait que je lui dise ce qui s'était passé dans les consultations d'avant. Normalement il y a le cahier de liaison, enfin de santé, qui va faire la liaison entre les deux parents et ce n'est pas à moi de... Voilà. Donc je lui dis, oui, je vous ferai une copie de tout le dossier, mais il me faut le jugement du tribunal et puis il me faut... Enfin tout ce qu'il faut. Finalement, il est venu en consultation et puis je lui dis, voilà il a eu une fois une angine, une otite... Enfin aucun intérêt quoi. Il a commencé à me dire, oui, mais vous faites ci, vous faites ça, c'est pas normal. Je lui dis « écoutez, moi je fais mon boulot, comme je l'ai appris, si ça vous va pas, faut aller voir un autre médecin y'a pas de problème ». Et ça s'est arrêté tout de suite parce qu'il a vu que je m'en foutais en fait. Et il a essayé de me monter contre sa femme en disant « oui, elle fait ça... » J'ai dit « mais en fait vos histoires je m'en tape. Ça ne m'intéresse pas. Moi ce que je veux c'est que les enfants, ils soient en bonne santé, au mieux qu'ils peuvent, au mieux que je peux les aider, mais vos histoires je ne veux même pas en entendre parler. » Et ça l'a un peu surpris que je lui dise ça comme ça. Mais bon, ça a marché.

Et quand tu poses la question sur les violences, est-ce que dans ta consultation ou entre ta consultation, ça te rajoute des choses à faire ?

Non. Non, non, parce que c'est rare que j'aie des déclarations à faire en général. En tout cas, j'en suis pas... Je n'ai pas ça. Ce n'est pas que j'ai pas ça, c'est que probablement je passe à côté. Mais bon, même en posant les questions, je n'ai pas cette information. Mais non, ça rajoute pas plus de trucs à faire.

Ça t'est déjà arrivé d'avoir des personnes qui étaient en danger par rapport à ça ?

Une fois, il y a très longtemps.

Et il se passait quoi ?

Il avait menacé sa femme, mais je pense que c'est pareil, c'est une histoire de divorce, où ils sont tous en train de se monter les uns les autres. Mais bon, j'étais obligée de faire du coup une déclaration préoccupante parce que c'était pas possible de passer à côté. Et puis au final, il s'est rien passé. De toute façon, (*chuchote*) il se passe rien avec les informations préoccupantes.

C'était pour les enfants ?

Oui, pour les enfants.

Et t'as des astuces pour repérer les violences ? Tu disais que tu avais des questions type, ou t'as d'autres choses auxquelles tu penses ?

Disons que quand je les vois, ils viennent avec leur tout petit bébé. Je dépiste beaucoup chez les tout petits bébés, on va dire. Et quand je les vois là, ils se mettent là comme ça, et c'est la femme qui répond tout, alors qu'ils venaient pour me poser la question si je voulais lui couper le frein de langue. C'est quand même un acte chirurgical, voilà. Et en fait il s'ennuie pendant cette question-là, et la femme elle m'a parlé tout le long, et le mec était sur son téléphone portable. Et à la fin je dis « bon écoutez je pense ça sert à rien, il faut pas le faire et tout ». Donc elle s'est retournée vers lui et elle lui a dit, « ouais, donc on le fait pas du coup. » Et lui il dit, « comment ça ? » En fait il s'en foutait complètement quoi. On voit qu'il était absent. Donc c'est vrai que dans ces cas-là, quand je vois qu'il est vraiment absent, elle, bon je la reverrai pas. Mais je sais que je poserai la question quand elle sera toute seule. Parce qu'un moment donné, il viendra pas. Souvent ils viennent pour les premières consultations parce que voilà. Et après au bout d'un moment ils viennent plus, donc là je vais demander alors comment ça se passe avec votre mari ? Est-ce que vous avez de l'aide etc. parce que quand je vois qu'ils en ont rien à foutre...

Et dans les questions que tu poses, t'en as que t'as en tête tout le temps ?

Bon c'est « est-ce que vous subissez des violences ? Est-ce qu'on vous tape dessus ? » J'essaie d'être vraiment basique pour... voilà. « Est-ce qu'on vous parle mal ? Est-ce que votre mari vous insulte ? » D'abord je fais « on » et après je fais « est-ce que votre mari ? » Et je repose la question plus tard dans la consultation. Histoire qu'elle ait le temps de réfléchir, si y a un changement. Même si elle ne répond pas, ça permet d'avoir une porte ouverte. Parce que si un jour il y avait quelque chose, elle sait qu'elle pourra venir m'en parler ou pas, c'est son choix de m'en parler ou pas. Mais en tout cas, ça permet d'ouvrir la porte en disant que quand je pose la question, je suis capable d'accepter la réponse.

Après elle fait ce qu'elle veut. C'est elle qui décide de le faire et pas contre moi, c'est une porte ouverte pour elle. Qu'elle la prenne ou qu'elle la prenne pas, je m'en fous en fait.

Et si la personne te répond oui, comment ça se passe avec elle ? Comment est-ce que tes futures consultations avec elle, elles sont ?

Bah déjà je vais lui demander ce qui se passe exactement, « qu'est-ce qu'il dit, qu'est-ce qu'il fait ? est-ce qu'il y a des problèmes financiers » aussi, « est-ce qu'elle a son compte ? Donc comment elle est en fait ? Quelle est la situation là tout de suite ? » Après en général je l'envoie à Milena. Et qui ont tout ce qu'il faut sur place. Je leur dis qu'il faut voir un avocat. Donc je leur parle aussi des avocats à commis d'office, gratuits qu'on a une fois par mois, je pense à [...] par exemple il y a un avocat une fois par semaine ou une fois par mois je sais plus. Il y a des avocats aussi sur la maison des avocats pour ça pour les gens qui ont pas de sous. Donc je leur parle de ça. Je leur parle de trouver un logement et que Milena pourrait les aider. Je leur dis est-ce que quelqu'un peut vous aider, peut vous loger etc.

Il y a jamais vraiment de péril imminent c'est à dire... En général quand elles sont tapées dessus elles me disent plutôt après. Donc elles me disent « celui-là, il me tapait dessus et tout machin. » Et bien que j'aie posé la question elles ne me l'ont pas dit. Elles me disent ça, « je ne vous l'ai pas dit » et tout machin. Donc des fois je le sais après mais sur le moment si y a pas de bleu, il n'y a rien. En général elles viennent pour leur enfant par exemple, je vais pas les examiner forcément. Donc j'ai pas forcément... Mais ouais, en général je fais ça. Ou la maison des femmes maintenant.

Ça change ta temporalité de quand tu vas les voir par exemple, les revoir ou les voir ?

Non. Si elles veulent revenir, je leur dis. Maintenant je prends plus du tout les adultes en tant que nouveau patient, je prends que les enfants. Mais je leur dis « si vous voulez, on peut en discuter, vous pouvez revenir. Je ne vous prendrai pas en tant que médecin. Donc allez voir votre médecin éventuellement. Mais moi je ne vous verrai pas. » Je redonne quand même les références Milena et compagnie. « Mais par contre, si vous voulez qu'on en discute, vous venez, on en parle ponctuellement. Et puis on peut discuter de tout ça. »

C'est pas toi qui redonne le rendez-vous ?

Non. Je considère que c'est à elle de le faire. Parce que le problème dans ces histoires-là, c'est le cercle de Prochaska, tu te souviens ? Et du coup c'est pareil, c'est à dire si c'est moi qui fais les demandes, si c'est moi qui appelle, si c'est moi qui fais, ça avancera pas en fait. Il faut que ce soit elles qui évoluent et qu'elles avancent dans leur truc. Donc je donne pas du tout de rendez-vous, je leur donne le téléphone comme ça, elles l'ont. Mais c'est pas moi qui prend les rendez-vous. C'est comme les suivis psy en fait, c'est à eux de prendre les rendez-vous. Sinon ça sert à rien, franchement ça sert à rien. Parce que ça marchera pas. Ils ont pas été sympa, ils ont pas été ci, ils ont pas été ça, enfin... Alors que si elles prennent la décision de le faire, elles iront chercher ce qu'elles ont besoin de prendre. Si c'est moi qui dit « tu vas là », ça marchera pas.

Nous on fait, on est deux pour faire notre thèse, on fait ça parce que dans les recos qui sortent là-dessus, ils disent que ça prend du temps de faire du repérage des violences conjugales. T'en penses quoi ?

C'est comme tout, c'est à partir du moment où on a l'habitude et qu'on pose la question un peu systématiquement, ça va tout seul. C'est comme les idées suicidaires, si on se dit « ah est-ce que je pose la question », ça prend du temps. Parce qu'on y réfléchit et puis ça a un coût cognitif. À partir du moment où on le fait systématiquement, ça en a plus.

C'est un coût cognitif.

Bah au début.

Ça veut dire quoi ?

Et bah ça veut dire que c'est... Ça veut dire qu'on se pose beaucoup de questions. On se dit « ah, faudrait que je demande s'il est violent, mais bon, d'un autre côté, je le connais. Et puis ils ont pas l'air si... Mais quand même faut poser la question, je me souviens qu'il fallait la poser, et puis comment je suis à la pose, je me souviens plus. » En fait tout ça c'est une réflexion qui fait que ça prend du temps pour poser la question. C'est un peu comme ceux qui ont des douleurs thoraciques, si on se pose la question de faire un ECG et puis qu'on réfléchit pendant 3 heures, en fait on perd du temps. Si on se dit tout le temps, bon je sais que j'exagère parce qu'on va faire l'ECG. Mais si il y a un truc comme ça où on va faire l'ECG d'emblée, paf on le fait, sur un malaise un peu zarbe, et bien on a beaucoup moins de coût cognitif parce qu'on a fait l'ECG et on a ce résultat. C'est la même chose. Si on pose la question systématiquement, on a la réponse. Et là oui, on avance. C'est comme l'idée, vous avez des

idées suicidaires, de poser vraiment la question, on sait où on va. C'est oui il y en a, il faut absolument qu'il voit quelqu'un rapidos. Ou non il en a pas...

En fait, il y a moins de coût cognitif quand on pose la question un peu frontalement. Mais bon, je suis un peu particulière aussi. C'est pas forcément une référence. Mais en tout cas, pour moi, c'est plus simple de poser une question de façon très frontale. « Est-ce que votre mari vous tape dessus ? » Comme ça, j'ai posé la question, elle m'a donné une réponse et après, j'intègre la réponse comme elle me l'a donnée. C'est-à-dire, je vais reposer la question pour lui laisser une deuxième chance de me répondre mais après, je vais pas me creuser la tête, parce que je suis pas comme ça. Je vais pas me dire « est-ce qu'elle m'a répondu la vérité, est-ce qu'elle est pas en danger ? » Non. J'ai posé la question, elle m'a donné sa réponse, ça fait partie de mon examen clinique. Ça s'arrête là en fait.

Et tu le notes dans le dossier de tes patientes ?

Oui bien sûr. Parce que s'il y a un souci, il faut que je puisse dire, ben j'ai posé la question. Et si j'ai posé la question et qu'elle m'a dit non, c'est son problème, c'est plus le mien. C'est comme tout en médecine. Les gens disent ce qu'ils ont envie. Des fois, ils nous racontent n'importe quoi, c'est leur problème. Donc il y a un moment donné où il faut aussi les laisser se démerder. A certains, je leur dis, « je suis pas ta mère. » Tu veux pas, je m'en fous en fait. Et je m'en fous vraiment. Donc tout ça, ils le sentent en fait. Et comme ils le voient, ça leur enlève un poids aussi. Parce que quand on est très demandeur, très à l'ordre... Ou quand on est très sympathique sur quelque chose, des fois ils veulent pas dire parce qu'ils ont peur de faire de la peine, ils ont peur, ils ont honte, etc. Là ils voient que je m'en tape, donc du coup ils vont plus me dire, j'ai l'impression on va dire, qu'ils vont être plus libres pour dire les choses parce qu'au final, quelle que ce soit la réponse, je ferai ce qu'il faut et puis ça me touchera pas. Donc comme ils me connaissent bien et ça avance mieux en fait. Quand ils me connaissent pas y a toujours cette question-là, mais en fait ça ne me touchera pas donc ça sera plus efficace.

Ça a toujours été le cas que ça ne touche pas ?

Ouais, c'est ma personnalité. Disons qu'au début je trouvais ça bizarre, je me suis dit c'est bizarre, maintenant je sais que c'est ma personnalité et donc ça va bien. Et je suis à l'aise maintenant avec. *Rires* Bon après si c'est une histoire horrible, ça me touche un peu mais pas tant que ça.

C'est des choses que tu rapportes chez toi ?

Non. Non, non vraiment c'est rarissime... J'ai pensé à un truc hier, c'était quoi le monsieur... Non, non c'est un patient de cet après-midi, j'avais peur qu'il me tape dessus. Mais rien à voir. Donc du coup j'ai eu une petite sieste, c'était pas arrivé depuis hyper longtemps que, j'avais

pas pensé à un patient comme ça. Non en fait je ne ramène pas du tout chez moi, c'est vraiment... Ouais. Parce que je te dirais, c'est pas que c'est mon problème, ça serait un peu dommage de dire ça, mais quelque part ça l'est un peu. Je suis là pour faire les choses. Mais après, chacun a son histoire de vie, chacun fait avec. Et c'est pas à moi de porter les histoires de vie des autres. Bon, je te le résume, mais en fait je le pense profondément.

Et t'as des outils pour ça ? Pour pas le ramener chez toi ? Ou c'est juste la façon dont tu fonctionnes ?

Ouais ça marche pas, ça, les internes, ils essaient souvent de pomper ça mais ils y arrivent pas du tout parce qu'en fait... Non c'est pas, moi je suis comme ça. Je suis comme ça, y a pas vraiment d'outils.

Et sur la gestion du temps de manière plus globale toi t'as des choses que - des astuces dans ta journée pour pas être en retard, pour prendre du temps avec certaines personnes, pour ces choses-là ?

Et ben ouais, je prends beaucoup de plages pour les urgences. *Regarde son ordinateur*. Donc, alors là c'est un mauvais exemple, parce que cette semaine-là, hop, ça va être un peu spécial. Ça va aussi, bon parce qu'il y a le lundi. Alors en gros, tout ce qui est jaune, c'est des plages d'urgence. Là, ils sont rouges parce que j'ai fait une modification. Donc en fait, il y a tous les jours pas mal de plages d'urgence parce que là, par exemple, je vais rajouter à partir de 9h et puis jusqu'à midi. Et ici, j'en rajouterai aussi un petit peu. Et en plus, quand je pose les enfants à l'école, je m'en rajoute 4 le matin. Donc ça veut dire que tous les jours j'ai au moins 8 à 10 places d'urgence. Quand je suis un lendemain de week-end là, comme ça, donc en lendemain de week-end maintenant, à partir du printemps, je mets des consultations le matin, parce que des fois c'est un peu la mort. J'en mets pas l'après-midi et je fais de l'urgence à partir de 11h40 tant que y en a.

Donc ça veut dire que j'en ai des fois 10-20, l'hiver je peux en avoir 20. Et ça m'éponge en fait pour le reste de la semaine parce que c'est les gens du week-end etc. Donc j'éponge des urgences. Ils sont contents parce que j'ai vu en urgence. Bon après il y en a qui sont pas contents parce que je les vois super loin. Mais moi ça me permet d'être moins stressée parce que ça permet de voir les deux. À la fois les urgences, et les pas urgence. Donc on va dire, c'est l'organisation et puis le secrétariat il est super bien, il est bien carré. Donc ça m'aide beaucoup aussi...

Les patients, ils ne prennent rendez-vous que via le secrétariat ? C'est pas en ligne ?

Si. Il y a aussi en ligne mais pas les urgences. Donc ils peuvent prendre un rendez-vous en ligne mais là je suis sur... Juillet... Mon dieu... Il y a du délai parce que du coup il y a plein de

trous. Je mets des trous exprès parce que je sais que je vais les ranger. Par exemple là le mercredi, si justement il y a quelqu'un qu'il faut que je revoie, qu'il était déprimé par exemple, et que j'aimerais bien revoir une semaine après, je peux le rajouter là. Je le mettrai à 9h40, puisque je sais que c'est mes plages et tout. Donc en fait, j'ai plein de gens que, les enfants, par exemple, il faut que je revoie à 48h parce qu'ils ont une bronchiolite ou un truc comme ça, je peux les mettre comme ça. J'ai des plages pour les mettre aussi. Donc en fait, ça me fait à la fois de l'urgence, la semi-urgence et de la pleine d'urgence, qui est gérée à ma sauce et puis ça roule, ça le fait. Je suis à l'heure.

Et t'as dit, comme ça, ça me permet de pas être stressée. Du coup, il y a eu des moments où ça t'a stressée ?

[...]

Je mets pas forcément des doublons ou des triplons, parce que des fois les gens viennent avec un enfant, deux enfants, trois enfants, et là je peux plus parce qu'il faut que je sois à l'heure. [...] Alors des fois je peux en avoir quand même deux en parallèle, pour des urgences, ça se fait. Mais je vais pas remettre trois ou quatre. Je vais faire choisir. Je vais peut-être leur redonner un rendez-vous l'après-midi puisque je suis assez souple pour le coup. Mais je vais plus faire ça où je pourrais... Donc déjà c'est un peu plus cool. [...] Donc il y a ça qui me stressait beaucoup, je me rendais pas compte. Donc à la fois le bruit, le mouvement, tout ça, j'étais hyper stressée par ça. Et je m'en rendais pas vraiment compte. [...]

Et tu dis que t'es pas en retard, que t'es à l'heure. Et ça t'arrive d'être en retard ?

Oui si j'attends une ambulance. Dans ce cadre-là et bon bah... Dans ce cas-là, j'ouvre la salle d'attente. Je dis bah écoutez, je vais avoir du retard, on attend une ambulance. Donc ou c'est un truc où je faut que je reste à côté, un infarct', bon bah je suis en retard. Ou alors des fois quand les gens sont avec leurs compagnons, leurs copains, etc. Je les laisse tout seul, je les mets dans la pièce d'à côté et moi je continue mes consultations ici. Ça dépend s'il y a besoin d'un médecin sur place. En fait si c'est le SAMU qui vient, il faut que je reste à côté. Mais si c'est une ambulance, je les mets à côté. Donc je surveille ou des fois je ne surveille pas... Je vais jeter un petit coup d'œil pour éviter de trop être à la bourre parce que bon... Mais c'est ponctuel, c'est pas tant que ça, franchement. Je pense une fois toutes les deux semaines peut-être. Des fois un peu plus mais c'est quand même pas tant que ça.

T'arrives à finir à l'heure tous les soirs ?

Oui.

Et t'arrives à voir tous les patients que tu veux dans les délais que tu souhaites ?

Les urgences oui, puisque je les vois dans la journée. Les patients que je veux voir, parce qu'il faut que je vérifie que ça a évolué, je les cale moi donc il y a pas de soucis. Après c'est sûr qu'il y a un peu plus de délai, mais je fais des ordonnances à 6 mois pour le renouvellement de traitement. Donc il y en a qui ont 1 an de renouvellement de traitement et ils arrivent à ne pas prendre rendez-vous à l'heure. Donc là c'est pareil, je leur dis écoutez, vous avez 1 an d'ordonnance, prenez rendez-vous 2 mois à l'avance et puis voilà, comme tout le monde quoi. Maintenant on peut renouveler à la pharmacie, donc je sais qu'ils ont d'autres solutions, ils y en a qui vont voir [...]. C'est leur problème. Moi en tout cas, je gère au mieux que je peux et comme je peux on ne peut pas faire mieux, franchement sinon on se fait laminer quoi. Et ça fait une bonne qualité parce qu'il n'y a personne qui appelle par exemple, vu que les secrétaires prennent les appels. Les gens sont pris à l'heure, sont lâchés à l'heure, donc ils savent qu'ils vont rentrer à telle heure, ils vont sortir à telle heure, etc. Donc il y a vraiment une qualité en fait du... Ils savent que je ne vais pas passer trois heures non plus. Je trouve que ça apporte une qualité à la consultation, et en tout cas moi ça m'apaise beaucoup.

Est-ce que ça te permet de gérer ce que tu veux faire dans ta consult ? Et ça t'arrive à l'anticiper ?

Non, alors des fois oui quand ils ont écrit le motif, je vois qu'il y a 15 motifs, donc je sais que là, ouais. Et sinon, je pose la question au départ, je leur dis, « alors vous venez pourquoi, est-ce qu'il y a autre chose derrière ? » Et après, je leur dis, « vous choisissez ce que vous voulez. » Donc quand ils viennent avec quelque chose, genre « je viens juste pour le dossier MDPH » que je remplis, qu'à la fin ils disent « ah en fait j'ai mal au dos », je dis « non non là c'était que le dossier MDPH, vous reprendrez rendez-vous. » Donc si c'est urgent je vais caser moi un rendez-vous. Si c'est pas trop urgent je le mettrai au mercredi de la semaine prochaine ou un truc comme ça, de mes fameuses plages rouges que je peux remplir, et puis s'ils arrivent pas à trouver le rendez-vous je leur dis « on va prendre un rendez-vous dans les temps de rendez-vous et puis voilà ».

Donc toi t'as des plages non urgentes pour toi à remplir ?

Oui, qui sont bloquées, et personne les remplit.

Et les patients, ils ont quel délai quand ils veulent prendre rendez-vous avec toi ?

Là je crois que c'est sur du juillet... Ah non, il y en a une le 14 juin dis donc. On est sur du... 14 à 21 juin, ouais un mois à peu près. Un mois et demi, deux mois. Un mois, 14 juin c'est dans un mois.

Et ça ça te convient ?

Oui, parce que j'ai un très bon secrétariat, et si je dois bloquer je leur dirais vous me les mettez ailleurs, alors faudra que je bourre à gauche à droite, mais comme ça reste souple je peux bourrer. C'est-à-dire par exemple si je devais fermer... C'est bizarre cette consultation. Si je devais fermer... Genre celle-là, j'en ai 6 dont un sommeil. Qui en plus est en dernier, donc peut-être qu'il ne viendra pas, donc je finirai plus tôt. Et bien là j'ai plein de plages qui sont bloquées. En fait que j'avais bloqué à l'époque parce que j'emmenais tard un gamin au collègue et je le récupérais tôt. Donc ça me faisait une toute petite plage mercredi. J'ai laissé tel quel et donc en fait je mettrais les trois là je les mettrais ici, les trois là je mettrais là et puis voilà quoi. Et ça bougera pas mon emploi du temps en fait. Puisque c'est prévu que y aurait des consultations. Donc non non franchement j'ai trouvé un bon truc avec ça.

T'arrives à le faire en avance pour gérer ta journée comme ça ?

De toute façon le planning c'est toujours le même toutes les semaines. Et je sais que j'ai ces plages là à dispo. Je sais que je peux en rajouter un peu le matin parce que du coup il y a le collègue. Bon peut-être pas en juillet. Et puis non non c'est vraiment cool. Là par exemple le mardi normalement j'avais une réunion. Bon bah mardi je vais pas travailler. Ah ça va être trop bien. *Regarde son ordinateur.* Lundi je peux pas faire ça. Ah attend, c'est pénible. Étrange quand même. Donc là par exemple il y a des grosses places d'urgence étranges. Donc là, il faut que je vérifie pourquoi est-ce que j'ai des formations ou des choses comme ça. Le 17 j'ai une formation. Le 18 ça me paraît bizarre qu'il y ait deux réunions de suite.

Et là par exemple je la laisse comme ça. Elle est pas disponible à la réservation mais je sais que moi si j'ai besoin de revoir quelqu'un dans un mois pour une dépression je peux le mettre là par exemple. Donc quand je cherche mon rendez-vous ça se fait au fur et à mesure et ça se remplit tout seul. De toute façon, si je l'ouvre, elle est remplie. Si je l'ouvre la veille par exemple, je sais que le lendemain, toutes les pages seront prises et que c'est pas grave. Puis au pire, je serai en vacances. *Rires.* Donc c'est plutôt pas mal.

Et tu fais des créneaux d'urgence de 15 minutes, des consultations standard de 20. Est-ce que ça t'arrive de faire des choses plus longues ? Des consultations plus longues ?

Oui, des consultations de sommeil. Je mets sur 40 minutes parce que franchement 20 minutes c'est pas assez. Donc en général, je leur pose plein de questions, je leur fais aussi un test de dépression, donc je cote une consultation dépression. Ou alors il y a des consultations hypnose, j'en fais pas tant que ça, mais qui sont pas remboursées, qui durent 40 minutes aussi. Et les consultations allaitement. Bon là c'est un peu plus difficile parce qu'en fait il faut les caser, là, à un mois de délai, on n'y arrive pas, qui durent 40 minutes aussi.

Et tu cotes une échelle de dépression sur tes consultations de sommeil ?

Oui, parce que ça a souvent un impact dessus. Parce que finalement le sommeil c'est quand même beaucoup beaucoup... Enfin ils viennent pour du sommeil, mais c'est jamais du sommeil, c'est plutôt la psy et ces trucs comme ça. T'as jamais une apnée du sommeil et puis c'est bon, ça existe pas ça. Donc t'as tout le truc à aller chercher donc je le fais pour pouvoir coter ça parce que sinon il faudrait que je fasse un dépassement d'honoraire et il serait pas remboursé. Donc je préfère aller faire un Hamilton où ils seront remboursés nickel, moi je suis mieux payée et tout le monde est content. Et quand c'est une consult allaitement c'est une maman et un bébé. Donc ça fait... J'sais plus combien. Ça fait... 58. Un truc comme ça.

Et ça joue sur comment tu gères ton temps, comment t'es payée ?

Bah ouais parce que franchement les consultations de sommeil, si ça durait 40 minutes pour 26,50 euros je le ferai pas. Même si c'est sympa, j'ai pas le temps, j'suis à un mois de délai. Toutes ces consultations là, c'est du plaisir en fait. C'est pour justement penser à autre chose, faire autre chose, faire un truc à côté. Mais si c'était mal payé, je le ferai pas. J'ai trop de boulot. Donc je le fais pas.

C'est quoi trop de boulot ?

Bah C'est ça, un mois de délai.

Il y a des moments où t'as pas trop de boulot ?

Ah non! Non, non, non! *Rires*

Et t'as combien de patients dans ta patientèle ?

1000. Mais les enfants ne sont pas comptés parce que souvent je les déclare pas. Les petits.

Donc en réel ça fait combien tu penses ?

Oh je pense que ça fait... Je pense que je suis plutôt à 1500 à mon avis parce que j'ai quand même beaucoup plus d'enfants, de tout petits bébés. Puis souvent ils ont pas la carte vitale et puis j'oublie de le faire, etc. Donc je les déclare pas trop trop. Mais je pense 1500 ça doit être un chiffre... convenable. Bon faudrait les déclarer pour savoir.

Et pour toi c'est quoi 1500 ?

C'est trop. Mais comme c'est des enfants ça va. Comme maintenant je prends... En fait j'ai changé un tout petit peu, il y a un tout petit truc que j'ai changé depuis deux semaines sur le conseil de mon mari. Pour les nouveau-nés qui viennent de naître, les rendez-vous à 15 jours et un mois, forcément, tu te doutes qu'on peut pas les mettre. En fait, je les voyais pas, c'est-à-dire qu'en fait, ils prenaient leur rendez-vous, ils venaient pas, ils allaient voir quelqu'un

d'autre etc. Et donc maintenant, ceux-là, quand ils appellent pour rendez-vous, je les mets sur une place d'urgence, j'ai autorisé le secrétariat à le faire. Ce qui fait que j'ai récupéré plein de bébés, c'est le bonheur. Alors ça prend un petit peu plus de temps, mais c'est quand même vachement sympa. C'est cool.

Et c'est pourquoi que t'oriente ta pratique toi plus vers la pédiatrie ?

Parce que les adultes sont chiants. Ils sont toujours en train de râler, de faire chier le monde, c'est vrai ? C'est chiant ? Non ben t'es pas d'accord ? J'en ai des sympa, je dis pas. Les enfants, ils ont rien demandé, ils sont là, il faut s'occuper d'eux. Les mamans, elles pètent complètement les plombes. Parce que c'est horrible d'avoir un bébé au début, c'est juste l'enfer quoi. Donc du coup, j'ai vraiment l'impression d'avoir une utilité rien qu'avec ma parole. J'ai pas besoin de les bourrer de medocs. Il faut juste dire, tout va bien, le bébé est mignon. Souvent, ça suffit, sur une consultation pour que les gens ça leur remonte le moral. Et voilà, ils ont rien demandé, je fais au mieux pour eux. C'est tout, les suivis et les dépistages c'est hyper intéressant, comme ça en phase de croissance, il y a plein de trucs qu'on peut trouver. C'est vraiment très intéressant. Le petit vieux, bah ils vieillissent et puis voilà c'est tout.

Nous on fait ça parce qu'on a vu que les médecins, ils n'ont pas le temps de poser la question des violences. Qu'est-ce que t'en penses ?

Mais si c'est automatisé, c'est automatisé, il n'y a pas besoin de temps.

Et automatisé, c'est marrant comme terme pour de la médecine.

C'est comme un examen clinique. L'enfant en particulier, comme je te l'ai appris. C'est-à-dire qu'on va des pieds à la tête ou de la tête aux pieds, on fait tout. Et là c'est pareil, sauf qu'on le rajoute dans l'interrogatoire. Comme on demanderait si les gens ils fument. Bon évidemment on va pas demander à chaque fois, c'est sûr. En tout cas chez l'enfant, ça fait partie de l'interrogatoire aussi. En fait, c'est juste, on met ce qu'on veut dans son examen et son interrogatoire. Et en fait, c'est pareil pour les adultes en fait. C'est que les adultes souvent on dit, on va faire par petits bouts parce que bon, une fois on fait le cardio, une fois on fait le neuro, etc. Mais au final, si tu fais tout, ça va aussi vite. Parce qu'en fait, ce qui est long, c'est de réfléchir. C'est la charge cognitive. C'est-à-dire, qu'est-ce que j'ai fait la dernière fois ? Est-ce que j'ai fait le cardio, est-ce que j'ai fait la neuro ? Alors que quand tu fais tout, t'as tout fait et puis voilà. Ça s'est arrêté là, taper trois réflexes, faire des... Ça va très vite quand c'est automatisé.

Et c'est pareil pour les questions. C'est-à-dire que quand tu fais ton interrogatoire, ça va être tout ça. Ça m'arrive d'oublier, bien sûr. Et le bébé, je vais le revoir. Donc je reposerais la question une autre fois. Et puis si vraiment j'ai un doute, je marquerai dans mes post-it pour

me dire, oublie pas de poser la question et tout ça. Ou pour une dame, des fois je me dis « elle quand même, j'ai pu lui poser 15 fois la question, je suis quasi sûre qu'on est en train de l'emmerder à la maison, mais il va finir par répondre, » je vais me mettre dans mes post-it aussi pour me dire la prochaine fois.. « Trouver une autre façon de poser la question peut-être. » Mais ça fait partie, quand c'est automatisé, ça va tout seul, c'est rapide.

Ce qui est pas rapide, c'est qu'on fait pas les choses dont on n'a pas l'habitude. C'est ça qui est pas rapide. Mais quand t'as l'habitude, ça va tout seul, c'est rapide. Je te disais, je peux voir deux enfants en 20 minutes, parce que je peux faire un examen de pédiatrie en 15 minutes, en 10 minutes sans aucun problème. Parce que, ben, j'ai tellement l'habitude, que ça va tout seul, ça... Tu vois, je réfléchis plus, tu vois. Je fais le streptotest, je vais pas me dire est-ce que je le fais, est-ce que je le fais pas, les critères de machin. Non, je m'en tape, je le fais, et puis voilà, comme ça je réfléchis vachement moins en fait.

Et ce côté épargne cognitive c'est hyper important parce qu'en fait ce qui est fatiguant c'est ça en consultation, c'est tout ce que tu vas réfléchir en plus. Et le côté un peu surprenant des fois des consultations, j'ai des fois où t'es surprise parce que les gens disent ça c'est super chouette. C'est toujours très sympa d'être surpris, mais le côté où toi tu te prends la tête, avec toi-même en fait. Parce que t'es en train de te dire est-ce qu'il faut que je fasse ci. Non laisse tomber, fais-le, puis t'en as pour trois secondes, alors que si tu te poses la question, t'en as pour deux minutes, et deux minutes sur une consultation, tu te mets en retard. C'est pas hyper long non plus, mais deux minutes plus deux minutes plus des... ça commence à faire un petit peu beaucoup.

Donc vraiment, l'examen clinique et le pédiatrique, c'est vraiment cette notion-là de tout regarder. Et en plus de ça, les parents vont poser des questions derrière sur un truc... « Oh, on m'a parlé d'un souffle », et puis toi t'as pas écouté le cœur, bah merde, donc j'y retourne, on redéshabille l'enfant. Donc à chaque fois tu perds du temps. Donc c'est pour ça que le fait de tout faire, ça te permet de répondre aux questions après aux parents. « Oui, mais ses fesses sont rouges, » « oui j'ai vu, mais ça va, vous inquiétez pas, on va mettre une crème. » « Oui, mais j'ai l'impression qu'il louche. » « Ah bon, mon examen était nickel. » Enfin ça te permet de répondre aux questions. Alors c'est spécifique un peu à la pédiatrie mais l'adulte aussi. C'est-à-dire que l'adulte, t'as intérêt aussi un petit peu à vérifier et puis à aller dans le fond des choses parce que plus tu vas aller dans le fond des choses, moins ce sera fatigant.

Je donne un exemple, par exemple un vertige. On te dit je viens pour un vertige, toi tu vas être là, un vertige, j'aime pas les vertiges, je sais jamais ce que c'est... Tout le monde est comme ça. Donc les vertiges, donc déjà ça te stresse, donc ça te fatigue parce que t'es stressé, et puis tu te dis « faudra pas que j'oublie, qu'est-ce que je vais faire ? » Et puis quelque part, si

je pose pas cette question, je n'aurai pas les réponses quelque part, ça m'arrange aussi de ne pas savoir. Alors qu'en fait, quand tu poses toutes tes questions, tu fais tout. Tes réponses tu les as, elles font partie de ton examen clinique, et puis t'as posé la question, la réponse était pas si horrible que ça. À chaque fois qu'on veut poser des questions où on a peur d'avoir une réponse horrible, au final ça l'est pas. Et de l'avoir posé, d'avoir fait tout l'examen vertige, je fais tout l'examen vertigineux et tout, et à la fin je peux dire bon ben j'ai tout fait. Ok, j'ai rien. L'examen, il est nickel, c'est vraiment un vertige. Je me marque dans le dossier. Bon pas de bol s'il fait l'AVC derrière. Enfin moi en tout cas devant le juge, j'aurais fait mon examen qui sera tout écrit dans le dossier et ce jour là je pourrais dire bah il y avait rien. Et ça me protège aussi en fait.

Mais si je dis oh la la j'ai pas envie de le faire, ça me prend du temps et tout, c'est là que tu perds du temps. Du coup y'a quand même une notion d'automatisation tu verras avec le temps. C'est-à-dire qu'avec le temps ton examen tu le feras toujours, tu le fais toujours un peu pareil en fait. Mais faut pas trop oublier des choses. Quand on automatise, c'est une façon pour dire que tout est fait. Un peu comme une checklist. Parce que si, par exemple, le gamin qui a mal au ventre et que dans ton checklist, tu n'as pas mis de regarder les testicules pour voir si il y a une torsion, ça n'arrivera peut-être pas ce jour-là non plus. Il faut vraiment que tout soit mis pour pouvoir être sûr d'avoir vraiment tout bien fait. Mais bon, c'est moi aussi. Disons que le fait d'être carré comme ça, d'avoir comme une espèce de liste à cocher, ça permet de pas s'égarer.

Et ça t'enlève de la fatigue. Ah ouais. Et c'est comment la fatigue ? Quand tu as de la fatigue, ça change quoi dans tes trucs ?

Comment je ressens la fatigue ? Je pense que ça me déprime. Ça m'angoisse. En fait, si je pose pas les questions, ça va m'angoisser. Et derrière, je vais me sentir pas bien, je vais me sentir lourde au niveau de la tête en particulier. Puis je vais sentir... Je vais perdre le côté optimiste. Et surtout, je vais derrière faire des trucs... Alors je fais déjà beaucoup de choses parce que je suis assez... Donc je fais quand même beaucoup de choses, d'examen ou de choses comme ça pour les gens. Et en fait si je suis fatiguée, comme j'aurai peur, je vais en faire plus. Et je vais pas arriver à prendre le recul que j'arrive à prendre d'habitude parce que je suis fatiguée. En fait cette fatigue-là, elle m'empêchera de prendre un peu du recul. Et les agressions de l'extérieur vont me toucher encore plus. Je serai encore plus... encore moins bien quoi.

Et t'as dit, s'il y a une dame, je la vois plusieurs fois, je me dis qu'il y a un truc, mais que ça sort pas à chaque fois, est-ce que t'as l'impression de réussir à le faire sortir ? Ou qu'est-ce que tu vois qui te dit qu'il y a un truc ?

Sa façon d'être, la façon d'être de son mec, si j'ai croisé son mec tout seul.. Certains sont quand même un peu brut de décoffrage. Donc du coup, voilà. Des fois je le sais mais des années après. Des fois au bout d'un moment elle va divorcer et elle va dire que c'était insupportable. Je lui ai jamais dit mais il était trop chiant. Des fois ça ressort, des fois ça ressort pas du tout, ou très probablement. Et puis... Et des fois je leur dirais, je leur dirais, « mais là, je sais pas, j'ai l'impression que vous allez pas bien. J'ai l'impression qu'il y a un truc qui va pas, est-ce vous savez ce que c'est. » Donc là, elles vont aller creuser et là on repartira sur le coup des violences. J'ai trouvé une autre façon en fait pour tourner autour. Mais plus dans... Des fois dans leur façon de parler, dans leur façon de se comporter avec... Les mecs. Elles vont dire, « oui parce qu'il y a mon mari qui est pas là. Il a dit ci, puis il a dit ça, puis il a dit ci, puis il a dit ça. » Je dis « votre mari... Il dit des trucs mais il a vu ça où ? Pas du tout, votre gamin il va super bien, il n'y a pas de problème etc. » Et des fois j'entends ça parce qu'elles me répètent ce que leur mari a dit qui est vraiment une espèce d'oppression en fait. Mais bon c'est tellement variable d'une personne à l'autre c'est compliqué de dire ça. Mais je m'en souviens d'une qui disait ça. Le mari il est allé voir sur internet et puis il avait vu un rebouteux qui a dit il faut faire ci, il faut faire ça. Je dis « non pas du tout, il va super bien, on continue comme ça merci. » Et puis il y en a leur mari il veut pas qu'elles allaitent tout le temps. Donc elles vont espacer les tétées. Donc là je dis, si le mari est là, je dis « Non non vous faites téter et tout... »

Et est-ce que tu utilises des questionnaires systématiques ?

Non mais je donne le violentomètre très facilement.

C'est dans quelle situation que tu le sors ?

Dès que je le sens.. Donc je dis « vous êtes sure machin... ? » « Oui non, il travaille beaucoup, c'est pour ça il est fatigué... » Je sors le violentomètre, « vous y réfléchirez pour la prochaine fois. » Enfin, elles y réfléchissent, elles y réfléchissent pas, encore une fois c'est pas mon problème. Mais bon, au moins je l'ai donné et elles ont ce qu'il faut pour voir si ça va ou si ça ne va pas.

Tu leur donnes d'autres outils ?

Non. Il y a le même pour les violences sexistes à l'hôpital. Mais non, je leur donne que ça. Je le trouve bien, il est bien fait. Une fois, à la boulangerie, ils le donnaient sur toutes ses baguettes de pain... C'est trop bien. Ça avait pas duré longtemps, mais j'avais trouvé ça trop bien de faire ça. Je l'aime bien, il est pratique et puis il parle bien de ce qu'il parle en fait.

Des fois je le donne à des hommes gays. Ce sera l'exception au fait que je ne pose pas trop la question aux hommes. S'ils sont gays, si je pose la question.

Tu sais pourquoi ?

Non. *Rires*

Est-ce que tu as des trucs à ajouter là-dessus ?

Non.

Moi je t'ai posé toutes mes questions. Super. C'était très bien. Merci.

Entretien M6

Et bien on va commencer par depuis combien de temps tu es installé, ton type de patientèle, le fonctionnement général etc...

[...] J'ai tout de suite eu une activité polyvalente de médecine générale : pédiatrie, gynécologie, prise en charge de patients grabataires à domicile, médecine du sport, traumatologie, diabète, cardiologie enfin... très polyvalent, un peu de la psychologie, il en faut pas trop mais un petit peu quand même.

Rires

Tes durées de créneaux, nombre de patients par jour, comment... ?

Alors ça a pas mal évolué ces 6 derniers mois, [...]. J'ai toujours été à 20 min de consultation. J'ai mis en place les nouveaux patients à 40 minutes la première consultation, parce que c'est toujours plus long donc c'est plus confortable même si financièrement c'est pas rémunéré correctement par la sécu. Et puis, et puis, là j'ai modifié des choses c'est que mes consultations de fin de matinée avant c'était des créneaux de 20 minutes maintenant c'est des créneaux de 10 minutes, pour tout ce qui est de 10h20 à midi, c'est 10 minutes par patient pour du mono motif, souvent infectiologie traumatologie, des choses voilà. Quand c'est des choses un peu plus longues, j'essaie de les revoir pas trop tardivement quoi. Et, ça a fait vachement augmenter mon activité, parce que j'étais en moyenne à 25 patients jours, et je suis plutôt à 30-35 patients jour, voilà.

Et pour toi ça se passe comment ça ?

Euh... c'est... comment dire... *Rires*. Euh... C'était pas un choix délibéré - mais nécessaire - parce que si je faisais pas ça, et bah, je mets les gens plutôt en fin de journée et je termine beaucoup plus tard. Donc ça a allégé pas mal mes fins d'après-midi, je rentre un peu plus tôt. Ça serre un peu entre mon midi et deux, mais voilà. Mais ça crée une dynamique qui n'est pas inintéressante non plus quoi. Voilà. Ça me permet de - enfin - c'est aussi valorisant ne serait-ce que sur l'activité du cabinet de se dire que bah je peux faire des choses plus courtes et d'être bien rémunéré pour la même - pour la chose aussi. Enfin, vu les circonstances des finances du cabinet, actuelles, de faire un peu attention.

Les charges ont vachement augmenté. On est passé de 2500 environ par mois à 4000 euros au début, et puis là c'est plus à 3500. Donc, on va faire des choix pour peut-être baisser encore un peu, mais... voilà. On en est là. On est que deux, c'est un peu compliqué quoi. C'est ça. A plusieurs, c'est moins cher. *Rires*. Voilà.

Est-ce que tu peux me raconter la dernière situation où quelqu'un t'a parlé d'une histoire de violence conjugale pendant une consultation ? Depuis la prise de rendez-vous, comme si on y était ?

Euh... Ouais... J'en ai plusieurs en tête, mais est-ce que c'était les dernières... *Réfléchis.*

Après, tu peux me raconter celle qui t'a marqué parmi celles auxquelles tu penses ?

Ça va être particulier, parce que - c'est une patiente qui... comment dire ? C'était sur un suivi gynéco, et j'utilise surtout le suivi enfin plus particulièrement le suivi gynéco pour poser ces questions-là à mes patientes. Mais sur les nouvelles patientes, j'introduis la question dès le démarrage de la prise en charge. C'est à dire, que c'est les choses que je posais pas en question au tout début, et du coup, y a des situations qui m'ont échappé. Que, des patientes à qui j'ai pas posé la question, et du coup je profite des suivis gynéco pour être dans cette intimité-là, du questionnement de dire bah voilà : c'est le moment aussi de parler de comment vous êtes au niveau de votre vie intime, est ce que vous êtes respectée, est ce que vous avez toujours été respectée, est ce que vous avez l'impression de vivre des choses difficiles, est ce que ça a été des traumatismes etc. Et donc maintenant je le pose dans les antécédents globaux des personnes que je rencontre pour la première fois, et sinon pour mes propres patientes quand je fais des suivis spécifiquement un peu plus intimes et gynécologiques.

Et j'ai eu une patiente comme ça, qui, qui a un caractère assez trempé, qui se... Qui a eu beaucoup d'entreprises, qui, voilà, beaucoup d'investissements professionnels, des choses, voilà, qui, depuis le début, me fait bien comprendre que je... Je suis un homme, et qu'en tant qu'homme, bah il faut vraiment que je garde ma distance, et puis, en mode un peu provocation des fois, du style : vous avez pas à me dire ce que je dois faire, enfin... Mais, la confiance s'est instaurée petit à petit, et ça a été dur, mais j'ai bien gagné sa confiance, elle est plus à l'aise avec moi, même si elle me rentre encore dedans, mais plus pour rigoler. Et, quand je lui ai posé cette question, elle répond : « Vous pensez quand même pas que je vais vous répondre à ce genre de choses, docteur. » Sous-entendu, j'ai vécu trop de choses compliquées pour vous les lâcher. Et... je sais plus comment ça s'est passé, je peux peut-être regarder dans son dossier, mais... Il s'est trouvé qu'elle devait reprendre rendez-vous avec mon interne qui fait le suivi gynéco. Du coup je lui dis « bah écoutez, c'est vous qui voyez, mais je pense que c'est important que vous puissiez exprimer ça à un moment donné. Ça peut être avec moi, mais si je ne suis pas le bon vecteur, ça peut être avec mon interne que vous allez voir dans pas longtemps, ou avec d'autres personnes si vous le souhaitez. Parce que même si vous avez l'impression de pouvoir bien vivre avec ce passé là, des fois, le mettre un peu en perspective avec votre expérience, avec le temps qui a passé, et puis voilà, ça peut être une façon de voilà, de ne pas voir ressurgir des émotions ou des situations qui pourraient

être traumatisantes pour vous, douloureuses ou difficiles à gérer. » Ne serait-ce que parce que ses filles deviennent jeunes adultes aussi, qu'elles vont avoir leur vie intime, et ça peut quand même, dans ses choix de maman et dans ses attitudes de vie, vis à vis de ses filles, avoir des conséquences importantes. Et en fait, elle s'est beaucoup épanchée avec mon interne pendant la consultation suivante. La porte que j'ai ouverte à ce moment-là n'a pas été prise tout de suite, mais elle l'a exprimée beaucoup avec [...] du coup. Et encore elle a pas tout dit, parce que elle a dit : voilà, c'est un peu trop compliqué, y a eu des choses en intra familial, des choses sur ses premières expériences sexuelles, avec des situations de viol, voilà... Et après, j'ai un peu mieux compris le côté, un peu camionneur, de son attitude, voilà, où fallait pas que les mecs contrôlent quoi que soit dans sa vie, dans ses décisions et voilà. En tant que chef d'entreprise, elle a toujours pris les décisions, fait que il fallait que ce soit comme ça, c'était pas à son mari de dire comment : ils étaient associés mais elle avait tout autant le droit de parole, enfin - tout de suite, elle a bien positionné les choses, voilà. C'est la dernière qui m'ait vraiment marqué, parce que je - je sentais bien qu'il y avait quelque chose en elle qui avait été blessé pour qu'elle soit aussi dure dans la relation et aussi dure à faire confiance et à lâcher prise, et... Mais c'était compliqué de l'amorcer dans une autre consultation. Parce que je trouvais que la consultation à visée plutôt gynéco pouvait laisser plus de droit à cette sensibilité-là, et voilà.

Quels enjeux ça a posé à ce moment-là pour toi, dans ton organisation ? Quand elle a parlé ?

Elle a peu épanché, donc ça a pas eu de retentissement aussi important sur la consultation. C'est sûr que, alors, c'est des consultations, c'est des questions, que j'avais peut-être plus de mal à poser avant, parce que j'avais très certainement la difficulté à savoir comment gérer ensuite, en fait. C'est-à-dire, une fois que le pavé est lancé, qu'est-ce qu'on fait ? Est ce qu'on fait la consultation dédiée ? Ou est ce qu'on s'occupe de ce qui vient d'être dit ? Et, mon expérience de prise en charge des patients, m'a aidé à laisser la possibilité à la patiente de choisir, et de mieux gérer mon temps, de pas être débordé par ça. Et de savoir dire, du coup : « bah écoutez, voilà. Ce que vous me dites là, c'est très important, est ce que vous voulez qu'on fasse cette consultation qui était prévue, en lien avec ce que vous venez de m'annoncer parce que, c'est suffisamment important pour qu'on y soit attentif dès maintenant, ou est ce qu'on en reparle plus tard ? Mais je pense qu'il est important d'en parler plus tard. » Auparavant, j'avais peur qu'elles referment complètement la porte, et que du coup ça soit plus possible plus tard d'y revenir en me disant qu'est-ce que j'ai fait là ? J'ai ouvert un couvercle, et, tout va ressortir, et comment je fais pour gérer ça toute seule chez moi ? voilà. De proposer un suivi, accompagnement, spécifique, dédié. Alors soit avec moi, soit avec une structure spécialisée. A ce moment-là, je laisse le choix à la patiente en fait. Je pose plus facilement la

question parce que je suis déjà armé de ma façon de répondre derrière. Avant, je posais peut-être moins facilement la question parce que je me sentais peut-être pas assez... voilà, capé, au niveau professionnel pour... Ou simplement le réseau autour, pour... Déléguer la prise en charge si besoin quoi.

Quand tu disais que, avant, tu pouvais te sentir débordé, c'est débordé dans quel sens ?

C'était parce que j'aurai réceptionné ce qu'elle disait, et en même temps je voulais faire la consultation du jour. Donc j'allais déborder, j'allais pas savoir dire stop à... Une verbalisation que j'aurais ... Bah ça y est, elle parle, faut la laisser absolument parler, et voilà. Et donc, si la personne est dans une logorrhée importante par rapport à tout ça, bah je me serai fait envahir en fait. Dans ma journée, dans mes consultations et tout ça. Là maintenant, j'ai plus de capacités à... répartir la charge, à dire « Écoutez, très bien, on bloque là pour le moment, je vous propose qu'on fasse ça, ça, ça » d'organiser les choses. Voilà.

Tu as parlé de réseau, de déléguer, pour toi, est ce que tu utilises des outils, pour repérer les violences, pour gérer après ?

Alors non je n'utilise pas d'autre outil. La gestion, c'est soit je gère moi, avec un suivi d'entretiens réguliers, et des fois des traitements en fonction des conséquences émotionnelles que ça peut apporter. Soit d'apporter une liste de personnes, de réseau à qui adresser, que je garde pas en tête, parce que j'ai tendance à pas m'occuper l'esprit avec trop de choses, donc j'ai mon listing de personnes à qui adresser, que j'imprime aux patientes, et je leur dis bah voilà, vous avez ça, ça, ça. Je leur donne la feuille, et puis je les laisse un petit peu aussi dans la démarche d'être un peu dans le contact des personnes qui vont les accompagner. Si vraiment les patientes je les sens trop tétanisées, perdues, incapables, ça peut m'arriver de prendre le rendez-vous pour elles.

Voilà. Parce qu'il y a des outils d'évaluation ?

Alors nous notre travail il s'est basé sur un papier que la HAS est sorti sur justement le repérage des violences, dans lequel ils parlent des freins et on s'est concentré sur le temps. En parlant de repérage, tu disais que tu utilisais la consultation gynéco pour aborder la question, qu'est ce qui fait qu'en gynéco tu l'abordes, et pas forcément dans d'autres consultations ?

C'est sur la sphère intime, et tout ce qui est sexualité. Je le fais de la même façon avec les messieurs sur tout ce qui est suivi prostatique, je leur pose la question de leur qualité érectile, leur vie sexuelle, comment ils se sentent, voilà. Fin, niveau émotionnel, l'équilibre du couple, voilà.

Chez les messieurs j'ai pas la question de « Avez vous déjà subi des violences » et je pense qu'il faudrait que je l'introduise dans mon interrogatoire. Mais, je pense que si je le fais pas, c'est que j'ai pas tant de réseau derrière. Le réseau s'est bien construit, bien étayé autour des femmes ces dernières années, et c'est tant mieux. Chez les messieurs, bah, y a des psychologues des psychiatres mais c'est pas... voilà... c'est une sphère plus émotionnelle, y a pas... Ils sont moins... comment dire... Capables de verbaliser les choses. Parfois... ouais... c'est un peu compliqué. Mais j'ai un patient en cours de prise en charge là. Je l'avais invité à se questionner sur des céphalées chroniques, on était en panne de médicaments avec le neurologue, et on arrivait jamais à le soulager. Et je lui avais fait part du fait qu'il y avait des choses émotionnelles qui pouvaient complètement expliquer les choses, des vécus passés, traumatisants, des difficultés dans les relations à l'autre, dans le vécu, tout ça. Et effectivement en fait, il y avait de l'inceste intra familial. Donc il chemine, il va beaucoup mieux, et voilà. Donc c'est vrai que... La... Alors ça peut m'arriver aussi de questionner les patientes, quand je suis face à des situations, où c'est hors suivi gynéco, mais où je... me rends compte qu'il y a quelque chose qui bloque, et j'ai pas l'explication par une explication de somatologue. Donc de se dire voilà : ça marche pas, ça fonctionne pas comme d'habitude, voilà. « Qu'est ce qui peut s'être passé, qu'est-ce que, qu'est-ce que vous avez vécu qui a pu être assez traumatisant pour que le corps ait aussi mal ? » Et dans ce cadre-là y a eu 2-3 choses qui sont sorties effectivement. C'est moins facile que quand il y a la sphère gynéco. Parce que du coup, quand on est dans la sphère gynéco, je pense que la dame - les femmes - sont déjà dans une démarche de confiance, à se livrer dans leur intimité. Je pense que ça, ça aide aussi beaucoup. Alors que dans d'autres situations, quand elle a mal au dos, les blocages cervicaux monstrueux, ou des migraines majeures, des choses comme ça, elles vont pas comprendre pourquoi on va leur parler de la relation qu'elles ont eu avec telle ou telle personne dans leur vie. Enfin elle vont se dire : « c'est quoi cette ? Enfin moi j'ai mal à la tête quoi. » Alors que là, voilà, c'est... ça fait partie de leur intimité, donc... c'est une ouverture plus facile au dialogue quoi.

Voilà. Ok ?

On sait que ça nécessite du temps, de repérer les violences conjugales, toi tu fais comment par rapport à ça ?

Et bah... c'est ce que je te disais, du coup, je l'intègre de façon un peu systématique. Parce que on ne peut pas faire une consultation dédiée à ça. Enfin on peut pas dire aux gens venez pour discuter des violences conjugales, familiales, du passé, je sais pas quoi. Donc on est obligé un peu d'aller à la pêche aux informations.

Et après, ouais. Le temps, c'est un vrai frein. C'est réel. Du coup, moi, ce qui m'a « dé-freiné », entre guillemets mon frein, c'est de me dire que je pouvais poser la question sans que ça me

prenne du temps forcément. C'est à dire que derrière, j'allais pouvoir répartir la charge, et potentiellement déléguer aussi à d'autres personnes. Le fait d'avoir des personnes à qui adresser, nous aide aussi. Quand il y a du réseau, quand il y a la possibilité de travailler à plusieurs sur une situation, les personnes se livrent plus facilement, parce qu'elles se disent : « ok, on sait, c'est pas que la capacité du médecin face à moi qui va être en jeu, c'est tout un ensemble de personnes dont c'est le métier. » Et du coup, le médecin il va pouvoir plus se poser la question de : je vais pouvoir proposer des choses à ma patiente. Alors qu'avant bah euh, ok : j'ai posé la question, mais moi je sais pas - potentiellement, y a plein de médecins qui savent pas faire -. Je vais devoir parler de quoi ? est ce qu'il faut que je la suive moi ? Est-ce que je dois faire - il me reste combien de temps ? Et s'il y a une réaction émotionnelle qui est dépressive derrière ? Comment on gère ? Fin... Donc... Ouais, le fait d'avoir des structures qui nous épaulent derrière, en aval, ça libère complètement la possibilité de poser la question. Parce qu'on a moins peur de perdre du temps - enfin c'est pas de la perte du temps - mais moins peur d'être happé par... cette boîte de pandore qu'on va ouvrir, et qui, va nous être très chronophage potentiellement. Voilà.

Est-ce que tu as d'autres astuces ?

Pour me libérer du temps ? Bah, j'ai des internes, qui font ça super bien. *Rires*. Non, bah du coup, je les forme à ça. Donc je leur donne, je leur pose, je leur dis bah voilà, quand vous avez un suivi gynéco, posez systématiquement la question, bah du coup, voilà. C'est quelque chose qu'elles font, et que j'ai moins à faire aussi du coup. Donc ça aussi, c'est une petite astuce, c'est que je délègue aussi. Après en astuce... Bah si, ça fait gagner du temps sur certaines situations, comme je t'ai dit, sur des douleurs somatiques, plutôt que de passer des années, à courir après des symptômes physiques, bah oui, on peut gagner du temps en disant : « est ce qu'il y a pas autre chose ? » Parce que oui, ça fait gagner du temps aussi, oui effectivement. Donc et puis après, quand on délègue - quant à la délégation de tâches - bah, y a [...] qui est gynéco, qui a plus de formations sur ce sujet-là. Y a des super structures, avec la maison des femmes, tout ça, des groupes de parole, y a tout - fin y a plein de choses qui sont mises en place donc c'est chouette. Voilà. Donc j'ai pas d'autre astuce dans l'immédiat

Tu parlais de [...] et de ses formations, mais toi du coup, tout ce réseau, comment tu l'as... ?

Bah par [...] surtout ! *Rires*. Ouais. Bah en fait ouais, ouais, c'est... Au début je lui posais la question : là je fais comment, là je vais vers qui ? Et puis petit à petit tu gardes des infos, tu fais une petite liste, et puis voilà quoi. Je lui posais plus la question parce qu'elle était plus spécialisée là-dedans, déjà ouverte à la chose, parce que c'est pas si simple de... Alors on peut toujours aller sur internet « structures prise en charge des violences faites aux femmes »

voilà, c'est de plus en plus arborisé facilement sur le net, on a des infos, voilà. Mais si c'est déjà tout rassemblé, c'est mieux quoi.

Ça aussi ça gagne du temps. Dans le côté astuces, d'avoir déjà des documents pré faits, pré remplis, des réseaux voilà. On peut vite faire la connectique, avec un téléphone, un mail ou quoi que ce soit... ça aide.

Est-ce que tu as des stratégies de gestion du temps en particulier dans le repérage des violences. Est ce qu'il y a des choses qui influencent le fait d'en parler ou non ?

Euh... J'essaie d'être systématique, j'essaie de ne pas être influencé par quoi que ce soit, parce que si je suis influencé... Enfin, si je me laisse influencer, y a des moments, je vais me dire « je vais pas poser la question, ça vaut pas le coup ». Parce que, elle est en couple avec un de mes patients, depuis 30 ans, que je trouve très bien, dans sa relation, dans son comportement au cabinet avec moi, donc je me dis que du coup, sa femme doit être très, très bien dans sa vie intime. Mais en fait j'en sais rien du tout. Donc, je pose toujours la question. Même si j'ai... Du coup, y a rien qui m'influence. Je, j'essaie de pas me faire influencer par quoi que ce soit. Je le fais de façon systématique, le plus possible. Fin... C'est... Que je sois en retard, pas en retard, que ma patiente me paraisse fragile ou pas, que ... Voilà. J'essaie d'être très systématique sur le questionnement, justement pour passer à côté de rien.

Donc en retard, pas en retard, pour toi ça joue pas dessus ?

Bah non, parce qu'après ça va pas me prendre tant de temps que ça en plus. Parce que le but c'est... une fois qu'on a libéré la parole, c'est... Y a des patientes qui vont s'ouvrir, et se refermer comme une huître... Mais au moins, j'aurai eu l'information, et j'aurai une attitude adaptée, je pourrai être dans la bienveillance de l'accompagnement, voilà. C'est... De toute façon on peut pas y aller aux forceps sur ce genre de choses. Faut y aller quand la personne est prête, et qu'elle peut le faire. Donc... Si elle le fait tout de suite, et bah on prend le cheval au galop. Et puis bah si elle le fait pas, on peut l'amener à... tranquillement vers les choses. Après c'est le choix des patientes et leur cheminement à elles. Voilà.

Je me permets de te poser la question, tes consultations de gynéco elles durent combien de temps ? Parce que tu dis que tu poses la question sur les consultations de gynéco.

Ouais. C'est une vingtaine de minutes.

Tu laisses 20, t'as pas de créneau spécifique ?

Je laisse 40 minutes à mes internes. Sur les suivis gynéco. Pareil pour la pédiatrie. Souvent, je déborde un petit peu sur les suivis gynéco. Parce que je sais, que 20 minutes, parfois ça

peut être un petit peu limite. Après je - j'ai tendance à fermer les créneaux, quand je sens qu'il y a... anguille sous roche, qu'il y a des choses que voilà... Enfin... Mais en fait, comme la consultation, comme c'est à l'interrogatoire. Si y a ça qui sort, et que la personne veut en parler, on fera pas le suivi gynéco dans la foulée quoi. Parce que, je trouve que le mélange des deux est un peu bizarre à ce moment-là quoi. Donc je perds pas tant de temps que ça finalement.

Tu as parlé de débordement, mais finalement, ce débordement, pour toi, il est ?

Bah, sur les suivis gynécologiques, en général parce que j'aime pas brusquer les patientes dans les suivis. J'aime bien être le plus bienveillant possible dans l'intimité, dans le fait de - est ce que ça va comme ça ? De prendre, leur laisser le temps de remettre le haut, quand on veut faire l'examen niveau bas. De demander si c'est voilà, si c'est pas trop inconfortable le spéculum, si machin, si truc - fin voilà quoi. Comme je suis très précautionneux à chaque étape, et bah automatiquement je déborde par rapport à mon timing habituel quoi.

Après bien sûr, quand il y a du... des choses qui se disent sur le plan violences faites aux femmes, j'ai... j'ai une patiente comme ça, où c'est pareil, je lui ai ouvert la porte et après elle s'est beaucoup épanchée, mais plutôt avec mon interne. Donc, comme quoi, c'est pas parce qu'on a ouvert la porte, qu'on doit tout gérer nous-même quoi.

Voilà.

Est ce que tu as des stratégies de gestion du temps en général ? Sans parler des violences ? Pour gérer dans ta journée ? Voir tout le monde ?

Alors oui, de plus en plus. *Rires*. Oui, bah on est obligé en fait. Mes stratégies de gestion du temps, moi je ferme de façon systématique un créneau en milieu de matinée et milieu d'après-midi. Que je n'ouvre que pour des... enfin. Soit je vois que la journée va se gérer bien, bah du coup, plutôt que d'avoir un créneau libre et de n'avoir rien à faire, je mets une urgence dessus. Ou, ça me permet surtout de pouvoir communiquer avec des spécialistes, envoyer un mail, hospitaliser quelqu'un, fin voilà. D'avoir cette disponibilité-là. Ou de rattraper mon retard, ce qui n'est pas désagréable. Et puis quand c'est pas rempli, qu'il n'y avait rien à faire, ça me donne une matinée plus souple, ce qui est pas désagréable non plus. Voilà.

Le doublement de mes créneaux en fin de matinée, ce que je te disais, pour faire que bah la petite rhino qui est vue en 3 minutes, ne prenne pas 20 minutes où je vais me tourner les pouces dans les suites, fin voilà. Pour pouvoir voir plus de choses.

Gestion du temps... Je rythme beaucoup plus ma consultation. Je finis des fois plus mon interrogatoire au moment de l'examen clinique, pour affiner les choses. Je prends les grandes lignes lors de l'interrogatoire, je fais déshabiller les personnes, pendant qu'ils se déshabillent je continue de leur poser des questions. Sauf si c'est des mecs et qu'ils s'arrêtent de se déshabiller parce qu'ils sont en train de parler en même temps, parce qu'ils savent pas faire

deux choses en même temps. Donc je leur parle pas, je les laisse se déshabiller, et après je leur pose d'autres questions quand je les examine.

Et puis ouais, je, je suis un peu plus speed dans : c'est comme ça, on fait ça, on fait ça, on fait ça...

Sur la gestion du temps... Bah y' avait le téléphone qui me prenait énormément de temps l'après-midi, j'ai trouvé la solution, c'est que je dis que je suis joignable sur mon portable d'urgence, uniquement pour les urgences qui ne peuvent pas attendre le lendemain. Ça m'a fait gagner un temps fou. Je ne suis plus embêté l'après-midi. Voilà. Ça a pas sonné une fois, c'est bientôt 17 heures, donc c'est que ça fonctionne bien. Et, puis... En gestion du temps, qu'est-ce que j'ai mis en place encore... Oui parce qu'au final je vois plus de gens, dans la même durée dans la journée. Donc après oui, c'est les créneaux de 40 minutes les premières fois quand je rencontre quelqu'un. Ou sinon s'il y a que les 20 minutes, je dis bah là c'est que l'interrogatoire, je vous examine pas cette fois-ci. Je vous examine, je vous reconvoque, vous me ramenez les 2-3 éléments qui me manquent, vous faites une analyse de sang, ça a pas été fait depuis un moment donc faites ça et on se revoit. On complète si besoin, et là on fera l'examen général. Et sur des patients que je n'ai jamais vu, euh... Je ne fais jamais ... Plus énormément une sollicitation particulière : c'est-à-dire qu'ils n'ont pas de motif de consultation. Ils viennent parce que - enfin - le motif, c'est : je suis nouveau patient. Je leur fais pas de renouvellement d'ordonnance, je leur regarde pas le traumatisme de cheville qui date d'il y a 3 jours, voilà. S'ils me piègent là dessus, je transforme la consultation en ok, on fait l'entorse, mais dans ce cas-là vous revenez, on fera le truc dédié quoi. Voilà. Pour simplement répartir la charge et faire qu'ils y voient plus clair eux aussi. Parce que nous, plus on est noyés, plus ils sont perdus aussi. Enfin. Plus on est dans l'inconfort, moins ils sont confortables non plus, donc euh, faut vraiment se - s'imposer d'être sur un rythme qui nous va bien pour que les choses soient bien.

Avec ce rythme-là, tu arrives à reconvoquer les patients ?

Euh... Oui. Oui, bah du coup des fois sur les créneaux fermés, je sais pourquoi ils reviennent donc c'est plus simple. Euh... Quand c'est urgent du coup, j'essaie de pas prendre mes créneaux d'urgence, je peux monter jusqu'à une vingtaine de créneaux d'urgence par jour, ce qui est assez conséquent et confortable globalement.

Mais oui, j'arrive à reconvoquer et à les revoir, après je me suis organisé pour ne commencer qu'à 8h40 tous les matins. Donc si j'ai à commencer à 8h ou 8h20 le matin ponctuellement, pour gérer des situations qui nécessitent que je revois un peu tôt. Et puis mon dernier créneau d'urgence est à 18h. Du coup, si j'ai à rajouter quelqu'un à 18h20 ou 18h40 c'est pas la mort quoi. Avant, mon dernier créneau était à 19h, et quand tu devais rajouter des gens, que t'avais déjà du retard, ça faisait super lourd quoi. Ça faisait des journées monstrueuses. Là du coup

j'ai vraiment mis des limites de démarrage et de fin, et du coup ça me permet des fois de démarrer un peu plus tôt de temps en temps, et je.... Ou de terminer un peu plus tard, et c'est pas... C'est pas trop gênant. Je le fais même avec - ça me fait prendre moins de pression en journée, de me dire que bah voilà.

Sur l'histoire du temps, j'ai aussi fait quelque chose, c'est que : mes visites à domicile, avant, elles se plantaient un peu au milieu de nulle part. Et là, je les mets de façon systématique le mardi en début d'après-midi. Où j'ai fermé un créneau dédié marqué visite. Et du coup, elles se calent ce jour-là. Potentiellement ce jour-là je vais avoir des visites, mais elles vont pas se caler au milieu de toutes mes urgences du jour, à dire « oh punaise, il faut que je fasse cette visite en plus ». Ça, c'était hyper stressant aussi. Et, le fait de dire : je fais tel jour les visites, ça permet aussi aux gens de dire ok, c'est le jour des visites, j'attends que mon médecin il passe, voilà. Et j'en fais quand même de moins en moins, parce que je me suis rendu compte que les patients, ils se déplacent très très bien, quand ils pouvaient pas faire autrement. Par exemple, [...], qui voyait des patients chez eux, bah le fait qu'il soit plus là, je leur ai dit « ok, je peux être leur médecin traitant, mais c'est au cabinet, et uniquement au cabinet. » Étonnamment, les gens arrivent à venir au cabinet, et même très très bien. Voilà. Donc voilà, ça fait partie de toutes mes petites stratégies de gestion du temps, qui sont plutôt assez bien vécues du coup. Voilà.

Dans quel délai tu arrives à les revoir ?

Bah en fonction de l'urgence, ça peut être le lendemain même, voilà, ça peut être assez rapide.

Et tes délais de rendez-vous, en dehors des urgences ?

Sans urgence, mes délais moyens c'est 3 semaines à 1 mois, voilà. En urgence c'est le jour même. J'arrive à voir les gens le jour même pour les urgences, y a aucun souci. Ceux qui disent qu'ils sont pas arrivés à me voir, c'est qu'ils ont pas fait l'effort de ce qu'il fallait pour me voir. Soit ils ont pas dit les bonnes choses à la secrétaire, soit ça sonnait occupé et du coup ils ont pas rappelé et voilà, mais sinon, si ça sonne occupé et qu'ils viennent physiquement ou qu'ils font venir quelqu'un physiquement au cabinet, ils ont leur rdv quoi.

Enfin, y a pas de... Sinon, y a mon portable d'urgence. A un moment donné, s'ils l'ont pas utilisé, c'est qu'ils avaient un frein, que c'était pas utile quoi. Enfin...

Silence

On a lu dans la littérature que les médecins généralistes ont pas le temps de poser la question, qu'est-ce que tu en penses ?

Moi je pense que, ce « pas le temps » là, c'est surtout pas... Le savoir-faire derrière. Moi je pense que je pose pas la question pas que dans les violences faites aux femmes mais sur

plein d'autres choses, quand je sais pas faire en fait. Quand j'ai pas le réseau, quand je sais pas à qui déléguer, quand je suis pas câblé. Voilà, j'ai très bien vu avec les troubles de l'érection chez les messieurs. On pose la question parce qu'on a des traitements qui marchent très bien, voilà. Donc... les violences faites aux femmes, bah on sait que la société s'est ouverte à ça et que du coup, on peut faire ressortir des choses douloureuses des patientes parce que la société a mis en place des choses qui permettent de prendre en charge. Moi je pense que le frein il est surtout là, il est pas dans le temps, il est dans « qu'est-ce que j'en fais après ? ». Et c'est là qu'on a l'impression d'être débordé, parce que - parce qu'on - sait pas faire. Et quand on sait pas faire, on délègue. Et si on sait faire, généralement, quand on sait faire, on aime faire, et du coup, quand on aime faire, on fait. Enfin voilà. Donc je... Je pense pas que ça soit... Qu'il y ait un vrai frein en temps entre guillemets.

Tout à l'heure, tu as dit quelque chose, c'est que tu disais, 40 minutes, rémunéré - que c'est pas rémunéré correctement par la sécu. Parce que le temps, quand on parle des violences, ça prend aussi du temps chronométré, et tu parles aussi de rémunération, qu'est-ce que tu veux dire par là ?

Et bien, je... veux dire, que depuis 6 mois, depuis que [...] est parti, l'associé est parti... Que on se retrouve avec des charges plus importantes. J'ai fait vachement plus attention à ce que je mettais dans ma consultation, et à la valeur de chaque chose en fait. Et... Quand je faisais 3-4 motifs différents pour le même tarif, bah maintenant, je fais 2 consultations différentes quand il y a pluri-motifs. Les gens se sont beaucoup... Alors, j'ai beaucoup communiqué, du coup ils se sont beaucoup "gendarmé". Et ils disent : « Dr, ça je vous en parlerai une prochaine fois. » ou « Je reviens, j'ai pris un rendez-vous pour la semaine prochaine. »

Et j'ai eu une patiente, que j'ai vu, je l'ai vue le jeudi, et elle est revenue le vendredi, pour un truc complètement différent. Elle a dit, « nan, mais ça, je vous en parlerai demain, je reviens demain ». Et je trouve ça génial parce que du coup, le lendemain, la consultation, bah il était vraiment nécessaire qu'elle reprenne ce temps de consultation. Et d'avoir... La valeur financière de ce qu'on engage dans une consultation, aide à engager un peu plus aussi. C'est-à-dire que... Moi, je pense que je peux être assez polyvalent, mais cette polyvalence, elle a ses limites par rapport au temps que je peux consacrer à chaque patient. Par rapport à l'argent, que je vais avoir sur cet investissement.

Là, cet après-midi, on a des consultations avec mon interne, pour les bébés de 4-5-6-7 mois, toutes les 40 minutes. Bah 40 minutes, à 31 euros 50, même y a une consultation qui a duré 50 minutes, donc 50 minutes, à 31 euros 50, de chiffre d'affaires, la rémunération du médecin, elle est pas très élevée hein. Parce que, quand t'enlèves la moitié en charge, euh... ça fait du 16 euros moins de 16 euros les 40 ou 50 minutes, euh... bah... on est presque au tarif d'une femme de ménage, à 15-16 ou 17 euros de l'heure maintenant. Ça a vachement augmenté

les tarifs des femmes de ménage. Donc voilà. Donc, faire 10 ans d'études, et avoir toutes ces compétences, toute cette expertise-là, bah oui, faut que ce soit reconnu. Donc qu'il y ait des consultations... rémunérées à ce qu'on met dedans, et ouais, qu'il y ait une rémunération spécifique à ce qu'on met dedans, ouais, je suis pas contre. Voilà.

Donc, une consultation dédiée, si on dit bah voilà, je pose la question - J'ai entendu dire l'autre jour sur France Inter... Y avait... En France, y a des études, une situation qui a été mise en place par la sécu, ou les médecins sont mieux rémunérés parce qu'ils posent 4 questions en plus dans leur consultation. « Où en êtes-vous avec l'alcool ? Où en êtes-vous dans le tabac ? » Enfin je sais plus quoi y avait 2- 3 trucs « Vous sentez vous bien dans votre peau ? » voilà. Parce qu'ils posaient ces 4 questions-là, ils avaient - ils étaient rémunérés 40% de plus je crois, sur chaque consultation. Oui sauf que moi, ces questions-là je les pose tout le temps à mes patients. « Comment allez-vous ? » voilà... Sauf que je suis pas payé plus. Fin voilà... Et...

Donc, je serai pas contre être payé plus, parce que ça me permettrait de gagner - d'avoir plus de temps en fonction des réponses qui sont données derrière, enfin... Je ... Voilà, actuellement, « Vous en êtes où avec le tabac ? » Ok, bon vous êtes intéressé, moi je peux vous faire voir mon infirmière de santé publique, qui peut vous accompagner, je peux faire ci- je peux faire ça- mais ça prend du temps au milieu de la consultation, et d'être payé pour le faire, bah. Oui, fin... Parce que... Bah voilà, la rémunération actuelle, très forfaitaire, 26 euros 50, bah en fonction de ce qu'on met dedans. Bah si on met rien, et qu'on est payé pareil... Fin je trouve ça pas valorisant, pas motivant pour les médecins de - d'aller justement se dire bah je pose ces questions, j'y vais. Les violences faites aux femmes, si je pose la question, c'est 10 euros ? Ouais ? Bah peut être que je vais poser la question quoi, je vais poser la question bah tiens je tac tac tac tac ok.

Fin voilà, c'est un peu... c'est mercantile, ça fait bizarre de parler comme ça, mais... De toute façon, si on veut faire faire quelque chose à quelqu'un, si on le paye pas pour le faire, je pense qu'on aura pas l'action qui va avec fin... On est pas dans le monde de Oui-Oui quoi. Enfin voilà. Après moi quand j'ai des patientes qui s'épanchent, et qui prennent... Quand je pose cette question-là, et qu'il y a une consultation qui est longue et qui est dédiée à ça, je cote aussi des cotations de Hamilton, liées à la gestion émotionnelle, anxio dépression, parce que ça y correspond aussi hein. A 69 euros 12 la consultation, bah là oui, tu peux prendre un peu le temps avec les gens. Deux fois la première année, et 1 fois par an ensuite. Ouais. Voilà. Mais bon, quand tu le fais un peu régulièrement avec tous tes patients, et que, y a des gens qui prennent le temps de dire les choses, bah c'est reconnu, donc c'est pas inintéressant.

Ce serait motivant de poser la question si on est rémunéré pour, et pourtant tu poses la question même quand il n'y a pas cette rémunération, qu'est ce qui te motive ?

Moi c'est mon empathie médicale, c'est ... Voilà, c'est mon attachement à mes patients, le fait de connaître les gens, d'avoir envie qu'ils aillent bien, de s'investir auprès de leur santé, c'est... Voilà, c'est ça qui est mon élément moteur quoi. Mais. Voilà. Quand on a un cabinet qui pèse de plus en plus lourd financièrement, bah voilà, on réfléchit aussi à faire toujours aussi bien son métier de médecin empathique, en étant chef d'entreprise à côté, et voilà. *Rire*. Et que cette empathie soit quand même rémunératrice un petit peu quoi. Voilà.

Donc être empathique et le financier, ça va pas ensemble ?

Si, si si, c'est juste que ... Si tu payes quelqu'un, tu vas pas le transformer en quelqu'un d'empathique, parce que tu vas lui mettre de l'argent dans les mains quoi. Par contre, quelqu'un d'empathique, qui est un peu débordé, qui a pas le temps voilà... Bah si tu l'aides à faire les choses, bah c'est sûr que si financièrement on a - attend y a mon téléphone –

Fin de l'enregistrement, pas de temps disponible du médecin pour poursuivre

ENTRETIEN M7

Est-ce que tu peux m'expliquer depuis combien de temps t'es installé, comment tu es installé, quel type de patientèle tu as, si t'es tout seul, si t'es à plusieurs, un peu comment ton mode de travail fonctionne ?

Ok, et ben moi je suis installé dans un centre de santé [...] donc un exercice salarié. [...] Il y a aussi des kinés, des orthophonistes, des travailleurs sociaux, des accueillants, des coordinateurs, une conseillère conjugale et familiale, une médiatrice paire en santé, une infirmière Asalée. Kinés, orthophonistes, je sais plus si je l'ai dit, voilà en gros. Je suis installé dans cette structure qui est à [...] au quartier [...]. Donc un public plutôt urbain, plutôt précaire. Je suis installé [...] et c'est mon premier poste installé avant j'ai fait que des remplas.

Et est-ce que tu saurais dire combien de personnes tu vois par jour, combien de patients ?

En consultation c'est assez variable je dirais entre 10 et 20 selon les jours. On fait des consultations de 20 minutes, donc 3 consultations par heure. Pour les plus grosses journées, 8h - 18h30 avec une heure de pause au milieu. Donc je te laisserai faire le calcul, mais grosso modo, c'est ça le maximum. Avec certaines journées plus petites, ça c'est pour la consultation. Après ça arrive de gérer des situations par téléphone, par message interposé via l'accueil. En consultation - consultation, c'est à peu près trois patients par heure.

T'as que des créneaux consultation de 20 minutes ?

Ça c'est des consultations de base. Après il y a certains suivis qui sont mis sur 40 minutes quand on sait que c'est des situations où on sait - être complexe ou certains motifs qui prennent plus de temps. Par exemple le suivi des enfants, 40 minutes, certains actes de gynécologie : frottis, suivi de grossesse, pose d'implant, pose de stérilet, 40 minutes. Frottis aussi 40 minutes. Et puis après les visites à domicile, c'est un petit peu plus long aussi. On bloque entre 40 minutes et une heure selon la distance.

Est-ce que tu peux me raconter la dernière situation ou celle qui te vient à l'esprit où il y a quelqu'un qui t'a parlé de violence conjugale pendant la consultation ? Un peu comme si on refaisait la consultation en question.

Qui m'en a parlé spontanément ou peu importe ?

Peu importe.

Et bien c'était pas à la dernière consultation, c'était à l'occasion de la remise d'un dossier d'une patiente qui partait justement. Elle m'a demandé de lui imprimer son dossier médical et il se

trouve que dans le dossier médical il y avait un certificat de coups et blessures suite à une agression du conjoint avec qui elle était encore au moment où elle partait là qu'elle me demandait le dossier. Donc je lui ai imprimé son dossier médical et je l'ai quand même rappelé pour la prévenir que dans le dossier médical du coup il y aurait un certificat coup et blessure où c'était écrit qu'elle nous disait que c'était son mari qui l'avait tapée. Donc je l'appelais pour lui demander si c'était bien elle qui allait venir chercher le dossier et pas son mari et si ça lui allait que ce truc, ce document, apparaisse du coup dans son dossier médical. C'est la dernière situation où j'ai parlé violence conjugale avec une patiente.

Et qu'est-ce qu'elle t'a répondu, la patiente ?

Elle m'a dit que ça lui allait, que ce serait elle qui viendrait chercher le dossier médical et que ça lui allait de l'avoir. Qu'elle savait pas si elle le donnerait à son nouveau médecin et qu'en tout cas elle voulait avoir une trace de ça. Je lui ai pas demandé pourquoi mais j'imagine pour ne pas avoir besoin de nous re-réclamer si un jour il y en avait besoin parce qu'elle partait un peu loin, elle part dans le sud de la France. Je pense qu'elle veut l'avoir sous le coude au cas où sans avoir besoin de batailler pour le récupérer si à un moment il y en a besoin. J'imagine que c'est pour ça.

Et c'est toi qui la suivais depuis toujours cette patiente ?

C'était moi son médecin référent dans la structure. Après c'est une patiente qui a été amenée à être suivie par certaines de mes collègues et notamment le certificat coup et blessure il me semble que c'est pas moi qui l'avais rédigé, c'était une de mes collègues qui l'avait rédigé. Même si moi j'avais notion de violence conjugale et qu'on en avait déjà discuté avec la patiente.

Vous en aviez discuté comment ?

Et bien lors de la création du dossier, on a pour habitude de poser la question de manière un peu systématique des violences. Toutes violences, pas simplement conjugales. J'ai une formulation que j'adapte un petit peu, mais qui en gros je dis « est-ce que vous avez déjà été victime, témoin, auteur de violences, que ce soit des violences physiques, psychiques ou d'autres que j'aurais pas mentionné là, que vous auriez vécu comme des violences. » C'est un peu une question de routine qu'on met dans notre premier rendez-vous, qui est aussi d'ailleurs un rendez-vous de 40 minutes en général quand on fait la prise de contact avec les patients. On bloque 40 minutes pour justement reconstituer le dossier médical et puis prendre le temps un petit peu de poser des questions et d'ouvrir des portes un peu plus larges même si souvent sur ce premier rendez-vous les gens ne s'en emparent pas forcément. Mais voilà ils savent

qu'on pose question, donc c'est un sujet qu'ils peuvent potentiellement aborder s'ils le souhaitent.

Donc elle en l'occurrence, cette patiente-là, j'avais posé la question, peut-être pas exactement ces termes mais avec une formulation qui s'en approche. Sur le coup elle n'avait pas réagi. Mais du coup un petit peu plus tard elle était venue consulter pour sa fille qui avait des soucis de pipi au lit, d'énurésie, et quand on avait discuté de potentiel stress, angoisses ou autres, c'est là qu'elle avait abordé en nous disant « bah c'est vrai qu'à la maison c'est compliqué, avec le papa on se dispute souvent etc. » Du coup, de fil en aiguille, on était venu à rediscuter de violences conjugales et voilà, elle nous avait dit oui. Et puis ensuite elle était revenue consulter, [...], ma collègue un jour où il y a eu une agression physique pour faire ce fameux certificat coups et blessures dont je parlais.

Donc ça s'est plutôt fait sur plusieurs consultations le fait que ça soit abordé là-dessus ?

Pour elle en tout cas oui c'est ça. C'est que il y a cette première question qu'on pose à tout le monde un peu à tous les rendez-vous. On a protocolisé ça au niveau de l'équipe même de poser cette question en systématique. De poser aussi la question aux enfants plus spécifiquement des violences intrafamiliales au cours des consultations de suivi. Donc on a vraiment cette volonté dans l'équipe d'essayer de dépister des violences ou en tout cas de montrer que c'est un sujet qu'on peut aborder ici. Donc elle c'est ce qu'on avait fait et j'ai l'impression, j'espère en tout cas, que ça a permis, que ça a favorisé sa capacité à rebondir là-dessus et à nous parler librement de ça effectivement au fil des consultations.

Après ça a été assez rapide dans le sens où j'avais fait ce premier entretien où j'avais parlé de ça, elle n'avait pas rebondi. On n'en a plus vraiment parlé et c'est vraiment sorti assez vite on va dire, quand on avait abordé la question du stress à la maison par rapport à sa petite fille. Donc c'est pas forcément un truc qu'on est venu chercher petit à petit, qui s'est déroulé comme une pelote de laine. C'est vraiment, on montre qu'il y a une porte qu'on peut ouvrir et puis un jour la porte ouvre d'un seul coup. Après effectivement, une fois que la porte a été ouverte, on ne s'est pas engouffré d'un seul coup et ça a été avec plusieurs consultations qu'on a pu avancer et accompagner cette patiente sur sa prise en charge.

Et quand tu l'as appelé pour lui remettre son dossier, c'était à quel moment, enfin c'était prévu dans ta journée que tu fasses ça ? Comment ça se passe pour toi, ce genre de tâches ?

Non, c'était un message que l'accueil m'a mis. Où elle a appelé l'accueil en disant je déménage, j'aimerais bien récupérer mon dossier médical parce que je m'en vais, comment ça se passe. Du coup, je lui avais dit je peux vous l'imprimer en format papier ou je peux vous

la mettre sur une clé USB et vous la redonner. Elle avait dit imprimez-moi tout, je viendrai la chercher. Du coup, je m'étais effectivement bloqué du temps en fin de journée, un jour, en me disant allez là je prends 20 minutes pour tout imprimer, tout mettre en ordre faire un petit courrier de synthèse pour le médecin qui va récupérer le dossier, on va dire. Donc c'était prévu, ce temps-là. Après, j'avais pas vraiment prévu de la rappeler. C'est parce que j'avais oublié qu'il y avait ce fameux certificat dans le dossier. Et donc c'est pour ça que j'ai pris le temps de la rappeler, parce que ça me semblait quand même important de notifier qu'il y avait ça dans le dossier parce que ça arrive parfois que ce soit le conjoint qui vienne récupérer le dossier ou quoi. Je me suis dit bon si jamais il est pas au courant qu'il y a ça, qu'il découvre, qu'il fouille ou autre. Donc il y a eu ce petit côté imprévu de devoir la rappeler, d'en discuter mais ça m'a pris 5-10 minutes quoi maxi de l'appeler et de lui dire ça.

Est-ce que ça a changé quelque chose dans ce que tu avais prévu pour ça ?

Ouais c'est ça parce que moi à la base j'avais prévu d'imprimer le dossier, le mettre dans une enveloppe, bien rangée à l'accueil. Donc c'est vrai que ça m'aurait pris quoi cinq minutes de moins mais je n'avais pas prévu forcément de rappeler la patiente, de dire voilà votre dossier est prêt. Je lui ai dit, écoutez, passez la semaine prochaine, il sera prêt, vous pourrez le récupérer.

Et donc tu disais qu'ici vous le demandez, vous faites chez tout le monde le repérage des violences conjugales, ou autres, et la question c'est toujours la même que tu poses ?

En tout cas on a décidé collectivement qu'il fallait le faire chez tout le monde et on s'est mis d'accord, on était tous d'accord pour dire que c'était une bonne idée. J'ai pas souvenir qu'il y a eu de débat en disant non vraiment, c'est pas une bonne idée. On a tous été plutôt d'accord là-dessus, tous les médecins en tout cas ont été d'accord d'intégrer ça dans leur première consultation on va dire. On a un petit document d'ailleurs de synthèse où on s'est noté un peu tous les trucs qu'il fallait qu'on pense à dire, toutes les particularités de notre mode d'exercice en centre de santé et aussi des trucs plus qu'on avait envie d'homogénéiser entre nous pour qu'un premier dossier contienne à peu près les mêmes informations. C'est-à-dire que si moi j'arrive sur un dossier de quelqu'un, mais c'est pas moi qui l'ai créé, je sais quand même où j'arrive quoi. Un peu pour ça. Et donc il y a effectivement cette question qui est posée et on s'est pas mis d'accord sur une formulation précise. Je pense que chaque médecin fait un peu sa sauce. Le seul truc c'est qu'on essaye de s'astreindre de poser la question. Et donc moi c'est ce que je te disais tout à l'heure, ma question auteur témoin victime de violences psychiques, physiques ou autres. En gros c'est un peu ça ma question.

Et tu penses que tu arrives à l'aborder avec tout le monde ?

Je crois que le côté systématique fait que, ouais. Comme c'est quand même un peu routinier, je demande les antécédents, je demande les vaccins, je demande les allergies, je demande le mode de vie, je demande les violences... Ça se met vraiment dans le fil comme ça. Là où justement, avant qu'on protocolise ça je pense que je le demandais pas forcément à tout le monde. Je saurais pas trop dire qu'est ce qui faisait que je le demandais, qu'est ce qui faisait que je le demandais pas. Sans doute qu'il y avait peut-être un peu des préjugés, des patients, je me disais tiens cette personne a l'air en souffrance, j'arrive pas trop à comprendre pourquoi. Je vais poser la question des violences. Ce côté systématique à tous les premiers rendez-vous, ou pour les enfants sur les violences intrafamiliales, on s'est mis d'accord que pour la visite des 6 ans et le rappel vaccinal à 11-13 ans, on leur posait la question en systématique. Ce côté systématique fait que je pense que c'est devenu ma routine, donc j'arrive à l'aborder avec tout le monde. En tout cas, poser la question à tout le monde. Après les gens s'en emparent plus ou moins facilement, mais la question est posée à tout le monde.

Et tu penses que vous avez réussi à la rattraper avec les vieux dossiers, pour lesquels vous vous étiez pas dit de faire ça ?

C'est une bonne question, je ne suis pas sûr. Je suis pas sûr que j'ai le réflexe de le faire en systématique si c'est pas écrit dans le dossier. Encore que, il y a ce côté de traçabilité, c'est qu'on note. On note la question des violences posée le « telle date ». En tout cas pour les enfants. Pour les enfants, on a un protocole qui est un petit peu plus solide, on va dire. On note dépistage violences fait à l'occasion de telle consultation. Un peu parce que c'est aussi parfois violent, on va dire, pour l'entourage familial de voir cette question posée. On voulait pas la reposer du coup 50 fois à 50 consultations de suite, sauf s'il y a un doute, où là effectivement on va venir creuser, mais on écrit dépistage fait, ça va, je ne suis pas inquiet. Sauf si vous êtes inquiet, ne vous reposez pas la question, c'est pas utile. Ou alors dans x temps, mais en deux mois si vous revoyez la famille et qu'il y a pas d'inquiétude nouvelle, c'est pas obligé de reposer la question.

Donc pour les enfants, du coup, on arrive à rattraper parce qu'on voit que ce n'est pas écrit. Donc si c'est pas écrit, on repose la question et là on le fait apparaître dans le dossier. Pour les adultes, c'est peut-être moins clair, moins de réflexe, tu vas dire tiens, c'est écrit nulle part qu'on l'ait dépisté donc je vais le redemander là. Là pour le coup, je pense que je vais plus le demander au coup par coup quand j'aurai une occasion de le demander ou quelque chose qui me fait penser que peut-être ce serait possible qu'il y ait une situation de violence.

Et qu'est-ce que ça change dans ta consultation quand tu poses cette question en terme de ce que le ou la patiente te renvoie, ce que toi ça te renvoie, ce que ça change dans ton organisation, dans ces choses-là ?

Ça permet, j'ai l'impression de ce que je disais tout à l'heure, que ça montre que ce sujet est abordable ici. Donc ça je pense que c'est assez important en médecine générale de montrer que tu es en capacité d'entendre des choses, même si sur le coup les gens ont pas envie de te le dire ou ne sont pas en situation qui nécessiterait de te le dire. Mais au moins ils le savent et si un jour ils se retrouvent en situation, j'espère qu'ils se souviendront que « tiens, c'est vrai que le médecin lors du tout premier rendez-vous m'avait demandé ça. » Donc peut-être que je pourrai lui en parler maintenant que je suis dans la situation. Un peu ça l'impression, en tout cas c'est ça l'idée dans le fait de demander en systématique et de le revendiquer, de l'afficher entre guillemets. Il y a des patients que ça questionne, qui demandent, pourquoi vous me demandez ça, justement qui se disent « tiens, vous pensez que... » Donc on explique que c'est un dépistage systématique, pourquoi on le fait en systématique, etc. Il y a des patients qui répondent ça de manière vraiment très mécanique, de la même façon que j'ai été opéré de l'appendicite, des allergies, non, des violences, non, voilà. C'est très variable d'un patient à l'autre, sur ce que ça impacte dans la consult. J'ai l'impression que c'est très patient dépendant.

Et pour toi, ça change quelque chose ?

Moi oui, ça me permet de m'autoriser à le réaborder plus tard plus facilement. Je vous avais posé la question la première fois de violence, et là aujourd'hui je me questionne parce que je vois telle ou telle chose qui me font penser que... On va dire c'est un point d'appui si j'ai besoin d'en reparler plus tard. Je trouve que ça sort moins de nulle part. J'ai l'impression que c'est peut-être moins culpabilisant pour les patients que ça leur tombe dessus au moment où ça arrive effectivement. S'ils savent que c'est une question à laquelle je m'intéresse déjà, j'ai l'impression que ça va moins leur faire peur si je réaborde le sujet à un autre moment plus tard. Moi, ce côté systématique initial, j'ai l'impression, me rend plus facile de réaborder le sujet plus tard si j'en ai besoin ou envie.

Et si la réponse elle est positive à ta question, est-ce que ça te rajoute des trucs à faire, est-ce que ta consultation, elle est quatre fois plus longue, est-ce qu'il y a des choses un peu comme ça annexes qui se mettent dessus ?

Effectivement quand la réponse est positive, la personne dit oui je suis victime ou témoin de violence, voire auteur. Je crois que ça m'est jamais arrivé, ça me fait... Je pense que la problématique serait la même. Je rebondis dessus, je me sens obligé de rebondir dessus, je ne dis pas ok je note dans votre dossier, on en reparlera plus tard. Ne serait-ce que pour

évaluer un petit peu le danger immédiat. On vérifie que la personne soit pas en danger, ça prend déjà quelques minutes le temps de cerner un petit peu la situation réelle de la patiente, ce sont des patientes en l'occurrence. Après, si je sens pas de danger immédiat, comme je le disais lors de l'introduction, on a quand même une équipe pluridisciplinaire assez complète, donc je me permets souvent de décaler, de réorienter en interne, vers mes collègues, soit conseillère conjugale, soit travailleur social. De dire, écoutez, là, je pense que ce serait bien que vous voyez en entretien social ou en entretien conseillère conjugale, mes collègues, pour parler de ça. Donc ça permet de se répartir la charge de travail que ça pourrait occasionner si j'étais tout seul on va dire. Même si du coup quand même ça occasionne une petite surcharge de travail effectivement. Comme tu disais, ne serait-ce que de dépister un petit peu dans l'immédiat, essayer de comprendre la situation, justement réfléchir à qui je vais l'orienter en interne. Voire moi aussi quand est-ce que je vais la revoir, parce que du coup, je sens que t'as envie de la revoir plus rapidement que si elle m'avait dit non. Donc, il y a un peu tout ce travail psychique qui se met en place de, voilà, moi quand est-ce que je vais la revoir, comment j'évalue les choses, à qui je l'oriente en interne, comment je l'oriente en interne, est-ce que je l'oriente en externe.

On a aussi un système de réunion, un peu de staff cas complexe, là, où on discute des dossiers sur lesquels on a envie justement de collectiviser la prise en charge. Donc ça veut dire aussi souvent, je me dis « tiens ben elle, il faut que je la note pour en parler en réunion », pour que tout le monde soit un petit peu au courant, que tout le monde ait une vigilance, si elle rappelle, si elle vient en urgence. Pour pas qu'on dise « bah, rappelez, demain, il n'y a plus de place », qu'on s'en empare, qu'on s'en occupe. Donc il y a un petit peu tous ces tiroirs qui s'ouvrent dans ma tête, si la réponse est oui, donc effectivement il y a une petite surcharge de travail. Après j'ai pas l'impression que ça me mette non plus horriblement en retard, sauf cas de crise effectivement où la personne me dit oui, elle me dit je suis en danger là immédiat. Donc là effectivement ça demande une coordination avec le reste de l'équipe un peu plus rapide et qui va rajouter plus de travail tout de suite.

Ça t'est déjà arrivé d'avoir des patientes ou des patients qui étaient en danger immédiat ?

Non, en tout cas pas que je l'aie perçu. Mais je sais que dans la structure, en tout cas dans le centre de santé, c'est déjà arrivé, ouais. Qu'on ait des patients et qu'on soit obligé d'organiser presque une exfiltration du domicile. Il y a pas très longtemps, il y a une patiente d'une de mes collègues où on était au courant de violences conjugales et de violences intra-familiales envers les enfants également qui montaient en crescendo, qui nous inquiétaient de plus en plus jusqu'au moment où on s'est dit en fait il faut qu'on... Et la dame était en demande en plus de se faire extraire de son domicile et d'être aidée très rapidement à partir. Et donc on a déclenché

tout un truc où on l'a accompagnée récupérer les enfants à la sortie de l'école pour pas que le mari puisse venir récupérer, à appeler la police qui est venue nous escorter de la sortie de l'école jusqu'à un lieu d'hébergement temporaire qu'on avait pu trouver, un hôtel. En attendant qu'on l'accompagne vers une association d'aide aux femmes victimes de violence qui a ensuite, a pris le relais pour le logement. Donc je sais que dans l'équipe, c'est déjà arrivé ouais qu'on fasse ça. Qu'on mette en place un plan un peu d'urgence sur une situation où étaient connues des violences conjugales qui ont pris de l'ampleur un peu rapidement.

Et tu disais que par exemple ça a changé quand est-ce que t'allais revoir la personne et tout ça. T'arrives à les revoir à quel délai ? Enfin je sais pas si t'as un délai systématique mais est-ce que tu as un temps où tu te dis ben là...

C'est assez variable. On a un système de place d'urgence. On a un petit peu des places qui sont disponibles, entre guillemets, même si en théorie, elles sont censées servir à gérer les urgences du jour. Mais s'il y a besoin de réévaluer ce genre de situation, je dis n'importe quoi, on se dit ben tiens, j'aimerais bien vous voir la semaine prochaine. Nos délais de rendez-vous de suivi sont de plus d'une semaine, bien plus d'une semaine malheureusement, mais du coup ce genre de cas là on s'autorise à donner une place d'urgence. Il y aura une place d'urgence de moins ce jour-là, mais voilà on considère que, on va pas dire à la personne « voilà appelez le vendredi matin à 8 heures du matin pour une place d'urgence. J'ai besoin de vous voir dans une semaine, je vous revois dans une semaine. » Après voilà je dis une semaine, ça peut être variable mais il y a des gens qu'on va plutôt revoir dans deux semaines, dans trois semaines. Ça va aussi dépendre de si elle va être revue par d'autres personnes dans l'équipe, entre-temps. S'il y a d'autres choses qui sont prévues entre temps. Je sais que si y a un rendez-vous qui a été fixé la semaine d'après avec une travailleuse sociale ou la conseillère conjugale de l'équipe, je vais pas forcément ressentir le besoin de la revoir très vite. Je reste très disponible, si mes collègues me disent en fait non, la faut que tu la revoies, elle m'inquiète médicalement, elle m'inquiète psychologiquement, elle m'inquiète pour telle ou telle raison, je me rendrai disponible pour la voir vite. Mais je m'autoriserai à la voir peut-être un petit peu plus tard si je sais que le suivi est balisé en interne dans l'équipe.

Et tu disais que tu avais une question un peu type, est-ce que tu as d'autres outils, d'autres choses qui t'aident à faire ça, à faire ce repérage ?

On est en train de mettre en place des outils plus sur les discriminations, un peu comme le violentomètre des kinés. Une espèce d'échelle visuelle analogique là, qui part du vert au rouge, et qui balaye un peu des situations entre guillemets « safe » jusqu'à des situations très problématiques. On a un truc un peu similaire sur plutôt les discriminations, les violences. Je l'ai jamais utilisé mais c'est un outil, je sais que on pourrait réutiliser qui existe justement sur

les violences conjugales spécifiquement. Je sais que je pourrais le trouver rapidement sur internet si besoin. Après je ne l'ai jamais utilisé. Je sais qu'il existe si un moment j'en ai besoin.

Le violentomètre tu parles ?

Ouais.

Et tu disais que vous en parliez en staff aussi ici, de ce genre de situation-là ?

Ouais. On essaye de le faire un peu systématiquement, justement, comme je te disais, pour que si la personne revient un petit peu en urgence et qu'il y a plus de place ce jour-là, qu'on ne lui dise pas, bah non, voilà. Qu'elle ne soit pas directement renvoyée au lendemain. On a des systèmes comme ça de points de vigilance où toutes les semaines on fait un petit peu un point sur tel dossier, tel dossier, tel patient, telle patiente. S'ils appellent, s'ils demandent à être vus rapidement, même s'il y a plus de place, mettez un petit message au médecin, dites pas à la personne de rester dans le protocole habituel qui consiste à rappeler le lendemain quand y a plus de place le jour J. Mettez un petit message ou bien voire même donnez directement rendez-vous le lendemain, c'est pas grave. Donc on essaye de faire ça, de ramener toutes les situations où on a connaissance de violence en équipe pour que toute l'équipe soit au courant de ça et cet œil ouvert, on va dire, cette oreille ouverte si la personne revient en urgence. Et voire même des fois sinon pour élaborer une stratégie de prise en charge plus complète. Comme je disais tout à l'heure, si on a besoin d'organiser rapidement une extraction du domicile, aider la personne à trouver un logement d'urgence, être mis en lien avec les travailleurs sociaux des assos qui accompagnent les femmes victimes de violence, on va en discuter un peu plus longuement en équipe pour organiser ça justement.

Vous avez des liens avec des assos ?

Ouais, on bosse en partenariat principalement avec Milena Solidarité Femme. On bosse avec le CCAS de la ville [...] où on est installé, avec les travailleurs sociaux du secteur, du SLS pour éventuellement déclencher des aides financières. Moi directement non, mais mes collègues travailleurs sociales font ce lien-là un petit peu. Donc on a cette ressource, indirectement nous médecins, on sait qu'on va pouvoir s'appuyer sur nos collègues du volet social pour aller chercher ces aides un peu plus institutionnelles du réseau prévention de violences faites aux femmes dans la métropole, dans la métro.

Et généralement on dit que ça prend du temps de faire ça. Comment tu fais pour le prendre ce temps, pour faire ce repérage-là ?

Du coup, déjà le côté systématique fait que comme ça s'est intégré à ma routine, ça pour le coup ça me prend pas spécialement de temps. Sauf si la réponse est oui et dans ce cas là je

pense que je vais peut-être moins prendre le temps de discuter d'autres choses. Sur les premiers rendez-vous en tout cas c'est un peu ça l'idée d'avoir 40 minutes sur le premier rendez-vous c'est qu'on déroule notre liste de questions et puis en fonction de ce qui sort on va plus ou moins aller creuser quelque chose. Donc si la question des violences trouve une réponse positive, je pense qu'effectivement je vais me concentrer là-dessus sur ce premier rendez-vous. S'ils me disent non et que j'ai un antécédent d'un autre truc qui n'a rien à voir, je vais prendre plutôt du temps pour cet antécédent qui est long. S'ils me disent qu'ils sont épuisés au travail, je vais prendre le temps de dépister la souffrance au travail. Ça va dépendre un petit peu de qu'est-ce qui ressort de ce premier entretien. Donc ça, de toute façon, comme il y a 40 minutes ça laisse quand même un petit peu de temps sur ce premier rendez-vous. Si jamais la réponse est oui. Après s'il y a ça, plus des violences au travail, plus un antécédent compliqué... Effectivement, ça va être un premier rendez-vous un peu costaud qui prendra du temps après pour remettre en ordre le dossier. Mais bon, globalement, souvent, ça va, 40 minutes c'est suffisant pour gérer ce genre de truc.

Et après, quand ça sort en consultation ailleurs, pareil, souvent... Du coup je suis amené à prioriser, alors dire, « en fait, vous veniez me voir pour un rhume et puis, au fil de la discussion on se rend compte qu'il y a une violence. Bon, en fait, votre rhume, moi, il m'inquiète pas aujourd'hui. Je vous propose que je ne vous fasse pas mon petit topo d'éducation thérapeutique au rhume qui dure un quart d'heure aujourd'hui. On oublie, je vous prescris du Paracétamol, de quoi vous laver le nez. Et puis en fait, on va prendre un quart d'heure, plutôt que vous expliquiez pourquoi je vous prescris que ça pour le rhume... En fait, faites-moi confiance pour le rhume mais parlons pendant un quart d'heure des violences dont vous me faites part aujourd'hui. » Voilà, et puis après, pareil que pour le premier rendez-vous, si ça sort au milieu d'une consultation qui est par ailleurs compliquée et par ailleurs avec d'autres trucs qui m'inquiètent tout autant que la violence, bah là effectivement, je pense que ça va me mettre en retard. Oui.

Quand tu arrives à prioriser, ça arrive à bien se dérouler comme t'as prévu le truc ?

Ouais, j'ai l'impression. J'ai l'impression que, voilà, si c'est dans le cadre d'un suivi, pathologie chronique qui sont bien équilibrées, etc. Effectivement, d'habitude, sur les 20 minutes, je vais prendre le temps d'aller creuser tel ou tel aspect. Je dis n'importe quoi, un diabète, on parle un peu d'alimentation, activité physique, etc. Et c'est des vases communicants. En fait d'un seul un coup, il y a un vase qui m'inquiète beaucoup plus, qui est celui des violences, la question de l'activité physique pour le diabète, on parlera dans 3 mois, dans 6 mois, dans un an, c'est pas grave. C'est le taf du médecin généraliste de prioriser les demandes du patient et de gérer celles qui semblent les plus urgentes, et pour toi et pour la patiente. Donc dans l'ensemble ça va. Après, des fois il y a deux vases en même temps qui sont très remplis, et ça

c'est le jeu de la médecine générale, et tu gères tes deux vases comme tu peux en te mettant en retard s'il le faut quoi.

Et est-ce qu'il y a des choses qui influent sur le fait que tu vas poser la question ou pas, plutôt en dehors de vos premiers rendez-vous ?

Globalement oui, quand il y a des violences dans d'autres sphères. Si quelqu'un vient me dire qu'elle subit des violences au travail, du coup de nouveau on va réactiver un petit peu la question type de, ok est-ce qu'il y a des violences ailleurs, que ce soit physique, psychique ou autre... « Comment ça se passe à la maison, comment ça se passe sur votre temps libre, comment ça se passe, etc. » Donc c'est vrai que, un peu l'idée que la violence cache de la violence. Donc quand on en dépiste quelque part, je vais la débusquer un petit peu, je vais la chercher partout. Ça... Sur aussi un petit peu des symptômes que j'arrive pas à m'expliquer, tu vois, des douleurs un peu chroniques, des angoisses un peu chroniques. Tu vois les gens une fois, deux fois, trois fois, tu fais des examens, tu comprends pas trop ce qui se passe. Du coup dans ce processus là, c'est à peu près sûr qu'il y a un moment ou un autre, je vais poser la question de « comment ça se passe à la maison, comment ça se passe au boulot, est-ce qu'il y a des violences, est-ce que vous êtes en souffrance psychique ou autre ? » Ouais, un petit peu ça.

Et sur le fait de ne pas en parler, est-ce que des fois ça t'arrive ? Que tu sens un truc, enfin pas forcément que tu sens un truc, mais tu te dis, non ça je la poserai plus tard, cette question, ce n'est pas pour aujourd'hui.

Ça doit pouvoir arriver, ouais... Peut-être pas de l'étiquette violence. Je pense que si j'ai un doute sur une violence, je vais la poser. Après des fois je sens qu'il y a un truc qui est pas tout à fait ordinaire... Je sens quelqu'un un petit peu en souffrance psychique. Je gratte un petit peu, je cherche un petit peu, mais... Peut-être que je vais... Parce que j'ai pas le temps, parce que ça c'est le motif porte, ils vont en fin de consult « ah j'arrive pas à dormir, docteur en ce moment ». Si ça on me le dit en début de consult je pense que assez naturellement je vais me diriger vers le... « Et à la maison, est-ce qui a des violences ? » Peut-être pas si directement que ça, mais en tout cas, je vais... prendre un chemin qui va m'amener sur ce terrain-là. Le motif porte de... « Ah, en fait docteur, maintenant que je suis en train de partir, j'ai oublié de vous dire, je dors pas bien en ce moment. » Peut-être que je vais effectivement pas déployer tout mon truc de... « Ah ok, comment ça se fait ? Rasseyez-vous », repartons pendant un quart d'heure quoi. Je vais dire, « Bah écoutez, reprenez un rendez-vous et on en rediscute. » Ça, ça peut arriver. Mais si elle me dit, « J'arrive pas à dormir parce que... En fait, à la maison c'est horrible en ce moment. » Là, pour le coup, je vais la faire asseoir et on reprend un quart d'heure, tant pis, on va en discuter.

Est-ce que tu as des stratégies de gestion du temps de manière générale pour ta journée, pour être à l'heure, pour pouvoir faire toutes les tâches que tu as à faire, ce genre de choses ?

Stratégie dans le sens où j'y ai beaucoup réfléchi pas vraiment. Mais je pense que je suis un peu réglé un peu comme un musicien qui sent naturellement le tempo. J'ai l'impression que mes consult j'arrive sans regarder la montre à les tenir sur 20 minutes quand j'ai 20 minutes de prévues, 40 quand j'ai 40 de prévues sans avoir besoin de dire « Ah tiens là j'en suis à 10 minutes faut que je fasse un examen clinique » ou autre. L'un dans l'autre j'ai l'impression d'arriver à tenir mes 20 minutes parce que j'ai un peu un rituel, je pense, de consultation qui est assez flexible, comme je te l'ai dit, pas tout figé. Mais ce côté un peu ritualisé de ma façon de travailler fait que j'ai l'impression que j'arrive à tenir à peu près le temps. Je suis un médecin qui est assez peu en retard. Le fait d'avoir aussi des ressources en interne fait que quand je débusque des choses, je me dis que « Ouh la ça ça va être compliqué... » Je ne me sens pas obligé de prendre en charge tout de suite. D'une part parce que pour moi, la pratique de médecine générale, c'est une pratique qui s'inscrit plutôt dans le temps long. Et du coup, je me dis que je vais pouvoir revoir les gens pour en rediscuter. Donc je me note des trucs en fin de consult. Dans des conclusions de consult je me note souvent la prochaine fois tiens, reparle de ça. T'as constaté ça, repose la question la prochaine fois.

Donc si je ne suis pas inquiet à la minute, je vais me permettre de faire ça. De dire, tiens, là, j'ai senti qu'il y avait un truc bizarre. Elle m'a posé cette question chelou sur le pas de la porte. J'ai pas rebondi mais je me le note et le prochain, « Ah tiens, avant de partir vous me dites que vous dormez pas, ça vous dit on recommence par parler de ça avant de parler d'autre chose » pour voir un peu ce qu'il y a. Donc y a ce côté un peu, voilà, de pouvoir s'inscrire dans le temps long. Et puis comme je disais le fait d'avoir des ressources en interne aussi de pouvoir, comme je te disais, débayer, évaluer l'urgence. Ok, j'estime qu'il y a pas d'urgence. Je peux me permettre de pas aller au fond aujourd'hui et de plutôt entre guillemets déléguer l'exploration du contexte familial à mes collègues parce que je sais qu'ils me feront un retour derrière et que les infos je les aurais par un autre biais. Donc il y a ce côté un petit peu... Ouais, c'est un peu une stratégie, c'est d'évaluer l'urgence, et en fait s'il n'y a pas d'urgence, de déléguer à mes collègues ou de me la remettre moi en consultation si j'ai besoin de réévaluer des choses médicalement dans peu de temps.

Ce qui fait que je tiens les 20 minutes de consult. Sauf urgence, où là effectivement je m'autorise à me mettre en retard parce que j'estime que ça fait partie du métier quand il y a une urgence quelle qu'elle soit... Tu peux te permettre de te mettre en retard et expliquer aux patients d'après pourquoi tu... De leur dire « J'ai eu une urgence », tu dis pas quoi mais j'ai eu une urgence et les gens comprennent en général. Là où j'ai un peu plus de mal à m'autoriser

à me mettre en retard c'est quand je ressens pas une urgence. Quand c'est juste une liste de demandes, un patient qui a 50 000 demandes, je ne vais pas m'autoriser de dire « allez, je traite tout aujourd'hui ... » Je vais prioriser je vais dire « Ah non aujourd'hui j'ai le temps de gérer deux, trois motifs et c'est tout. » Et si dans les deux, trois motifs, il y a des violences, ben là, je m'autorise à me mettre en retard.

Ça fait partie de ce que tu considères comme des urgences aussi ?

Oui. De la même manière, quelqu'un me dit « J'ai une douleur dans la poitrine », je vais pas dire « Bah écoutez, on fera un ECG dans 3 mois ». Je dis « Bon allez, rasseyez-vous, on fait un ECG et c'est parti ». Voilà, c'est pareil.

Et t'arrives à reconvoquer les gens dans les délais que tu souhaites ?

Bah oui, en faisant sauter les places d'urgence, je peux. Après du coup, c'est d'un point de vue plus global, c'est un peu frustrant. Parce que tu te dis que ça fait une place d'urgence en moins ce jour-là pour d'autres motifs. Après l'un dans l'autre, ça va, on n'a pas l'impression de refuser trop trop de monde sur les places d'urgence. Il y a toujours ce petit côté, en plus moi qui suis très rigide, j'aime bien que mes places d'urgence servent à voir les urgences du jour. En donnant à l'avance, j'ai toujours ce côté un peu rigide qui me dit « là là, tu enfrens le protocole de donner la place à l'avance ». Mais ça c'est juste mon côté rigide, j'arrive à faire avec tout va bien.

Et tu arrives à voir tes patients dans les délais où tu souhaites les voir par exemple ils ont des rendez-vous dans les temps que...

Globalement tu veux dire en général ? Ça dépend pourquoi, pour les renouvellements planifiés en gros on leur dit de prendre rendez-vous quand ils partent comme ça on sait que dans 3 mois, dans 4 mois, dans 6 mois vous prenez tout de suite votre rendez-vous comme ça c'est fait. Donc eux il y a pas de soucis quoi. Les urgences, on a un système d'urgence pour gérer les urgences du jour, à peu près on arrive à voir tout le monde.. Des fois ils ratent le coche le premier jour, ils rappellent le lendemain un petit peu plus tôt et on arrive à les voir, on va dire en 48, 72 heures les trucs urgents on arrive à les voir. Ce qui est un peu plus chiant c'est que c'est des semi-urgence on va dire. La douleur d'épaule qui traîne un petit peu, qui est pas insupportable, mais qui traîne un peu, qui ne peut pas attendre un mois. Et puis en même temps les gens ne se sentent pas forcément légitimes d'appeler pour prendre une place d'urgence pour un truc qui traîne depuis un petit moment. Donc il y a peut-être ce côté, là pour le coup, c'est un peu frustrant de ne pas avoir un système qui permette d'absorber cette semi-urgence, on va dire.

Et nous, avec ma collègue, on a beaucoup lu pour faire notre thèse que les médecins généralistes, ils ont pas le temps de faire le repérage des violences conjugales. Qu'est-ce que tu en penses ?

Ben, je pense que c'est... Ça dépend ce qu'on entend par faire le repérage. Si c'est poser la question à chaque fois et vouloir tout faire dès qu'il y a un oui qui sort en une seule consultation, effectivement, je pense qu'il n'y a pas le temps de le faire. Après si c'est un peu réfléchi... Moi j'ai l'impression que ça ne me prend pas spécialement de temps sauf vraiment urgence, mais encore une fois au même titre qu'une autre urgence finalement. Donc c'est un peu comme si on disait les médecins généralistes n'ont pas le temps de gérer une douleur thoracique. Bah ouais c'est vrai mais sauf que quand elle survient tu dois le faire. Bah tu le fais. La différence c'est que la douleur thoracique elle vient à toi alors que souvent le dépistage de la violence c'est toi qui vas la chercher. Et c'est là que du coup ça pose question. Le rôle du médecin généraliste c'est aussi un rôle de prévention et de dépistage. Donc il faut se donner les moyens, j'ai l'impression, de pouvoir le faire.

Moi je crois que ça m'énerverait un petit peu qu'un médecin me dise ça, que j'ai pas le temps. En fait si, il prend le temps, débrouille-toi pour trouver un système qui te donne le temps de faire ça, parce que c'est super important. Au même titre que la prévention du dépistage de pathologies somatiques, le dépistage des violences, il faut le faire. C'est notre rôle, c'est notre taf. On est souvent le seul endroit où les gens vont pouvoir déposer cette plainte-là. En fait, si on prend pas le temps, si on laisse pas l'opportunité de le faire, effectivement c'est problématique en terme de santé publique globale. On faillit à notre mission de santé publique pour moi si on le fait pas. Donc c'est chronophage certes mais il faut réussir à trouver des systèmes, des stratégies. Après moi là, je dis ça en ayant le confort de bosser dans une équipe où justement je peux déléguer des choses, je peux avoir des ressources en interne, des ressources en externe, donc voilà. C'est un peu facile à dire de mon point de vue. Et en même temps, je me suis donné des moyens de bosser dans cette équipe là, au prix de sacrifices d'autres trucs. Donc voilà. Je crois que je serais plutôt globalement énervé avec cette insertion. En fait, tu peux te donner des moyens d'avoir le temps de le faire. Mais faire certes, peut être faut que tu sacrifies deux trois autres trucs de ton confort ou de ta routine. Mais bon, c'est le problème du médecin généraliste, c'est de s'adapter à ta population et d'offrir une offre de soins complète.

Et tu parles de “c'est au même titre que la prévention, que tous les autres dépistages”, tu arrives à les faire aussi ? Tous les autres trucs de prévention et dépistage qu'on est censé faire ?

Encore une fois oui, et encore une fois pas à chaque fois évidemment. Mais j'ai l'impression que oui, que la question du tabac, du conseil minimal, je le fais. Pas à chaque consultation,

comme c'est recommandé de le faire normalement, mais régulièrement je le fais. La question des écrans avec les enfants, dans le suivi des enfants, je le fais. La question du sommeil régulièrement, ça m'arrive de poser la question de comment vous dormez, de l'activité physique, ouais, j'ai l'impression de le faire. Après, encore une fois, c'est... La médecine générale, c'est pas du one-shot, quoi. C'est des trucs, c'est des gens que tu vois pour certains tous les 3 mois voire plus, tous les mois certains, donc en fait c'est aussi un truc de se dire, pas de pression quoi. Tu vas faire ton dépistage, si tu ne le fais pas aujourd'hui tu le feras le prochain, si t'es pas super inquiet sur telle ou telle thématique, te sens pas obligé de faire tout le dépistage là aujourd'hui. Juste toi, garde le dans un coin de ta tête et fais-le. J'ai l'impression d'arriver à le faire globalement.

Après plus ou moins facilement selon les thématiques. Je pense qu'il y a des thématiques, quand tu te sens à l'aise, t'es plus en facilité de poser la question. C'est comme tout, quand tu sais pas trop ce que tu vas faire de la réponse si elle est positive, je pense que tu te mets des œillères. Mais moi je pense qu'avant de bosser ici dans cette équipe-là, notamment quand j'étais remplaçant, je savais que j'allais voir les gens une fois, que je les reverrais pas derrière, peut-être que c'était plus fréquent que je ne pose pas la question effectivement. Peut-être que ça m'est arrivé, que je sens qu'il y avait un truc à creuser, mais « Ouh la la, je ne sais pas ce que je vais faire de ça, je ne connais pas cette personne », mais pareil, je le note dans le dossier : « J'ai senti un truc bizarre. Cher médecin, le remplaçant. Si tu vois ce petit mot, pense à poser la question la prochaine fois. » Voilà laisser une transmission disant j'ai vu quelqu'un là pendant mon rempla, j'étais inquiet mais j'ai pas eu le temps de poser la question. Je voulais voir si vous voulez creuser ça.

Est-ce que tu as des choses que tu veux rajouter sur ce sujet ?

Je ne crois pas. Je crois que ça a été assez complet.

Merci beaucoup !

Entretien M8

Voilà. Du coup, on va commencer. Donc je vais te demander depuis combien de temps tu es installée, la patientèle que tu as, comment ça fonctionne là ton exercice, depuis le début jusque maintenant.

Donc moi j'ai fait 6 ans de remplacement [...] et après je me suis installée [...]. Donc remplacement et installation c'était en milieu rural.

Voilà et du coup une patientèle tout venant, enfants, femmes, enfin tous les âges quoi. Et puis sur la fin je faisais quand même beaucoup plus de suivis gynéco donc il y avait quand même beaucoup plus de femmes. Mais sinon je pense que j'avais une patientèle très... très homogène enfin ou hétérogène je sais pas comment on dit, mais en tout cas très diversifiée. Et puis là [...] et bien du coup ici au centre on a quand même une patientèle qui a, à 70%, moins de 25 ans. Donc je dirais plutôt ça. Et majoritairement des femmes. Alors qu'avant j'avais quand même vraiment une mixité.

Et là du coup dans une journée, comment ça se passe sur une semaine au niveau des consultations ?

Au niveau de l'organisation ?

Oui, l'organisation.

[...] Le temps de consultation ici - j'ai augmenté le temps il y a 6 mois ou un an. C'était à 25 minutes et on est passé à 30 minutes pour plus de confort. Mais en fait ça peut vite déborder à 45 minutes ou une heure.

Ce qui est très confortable, ce qui n'était pas le cas en libéral, même si je prenais du temps en libéral. C'était une consultation de 20 minutes, mais s'il fallait en prendre 40, je prenais 40. Mais avec une sensation d'être dans une sorte d'étau tu vois, de prison. Enfin, prison c'était un peu fort, mais c'est le ressenti que j'ai eu après quand j'ai quitté le libéral. T'as quand même des comptes à rendre aux gens même si je trouvais qu'ils étaient plutôt compréhensifs.

Cette notion de temps était quelque chose de compliqué pour moi. Même si je m'autorisais au fil des années avec l'âge et l'expérience, je m'autorisais à prendre le temps qu'il fallait. Mais... Il m'arrivait parfois de... De donner des rendez-vous dédiés à certaines personnes, à des horaires où je savais que je pouvais déborder. Voilà, un peu comment ça se passait.

Tu as parlé plusieurs fois de débordement, quand tu dis « ça déborde », ça déborde par rapport à quoi ?

Ça déborde par rapport au cadre organisationnel qu'on peut mettre en place, mais... Comme on ne sait jamais en fait, même si les gens viennent pour un motif de consultation, on ne sait jamais ce qui va ressortir de la consultation. En fait, ce cadre, il peut vite être dépassé.

Alors c'est vrai qu'au centre, depuis que je suis au centre, on pose systématiquement la question de la violence, donc forcément, si on ouvre la porte, il faut avoir un peu du temps pour s'y consacrer.

Et quand j'étais en libéral c'est pas une question que je posais systématiquement mais il m'était difficile si je voyais quelqu'un qui n'allait pas très bien de ne pas poser des questions pour savoir comment les personnes allaient. Alors ce n'était pas forcément des questions sur la violence, mais ça pouvait être sur ce qu'ils vivaient au quotidien, ce qu'ils vivaient dans leur travail. Et du coup, bah c'est pareil, si tu ouvres une porte, tu ne peux pas tout de suite la refermer derrière. Alors si, parfois tu peux dire, du coup, « Je pense que ça nécessiterait plus de temps et on va reprendre rendez-vous. » Mais ça dépend aussi de l'état dans lequel on est soi-même. Si on est plus fatigué, - enfin - moi je sais que si je suis plus fatiguée, ça va prendre plus de temps. Je vais me laisser plus déborder.

Je trouve que l'état d'esprit dans lequel on est, ça impacte beaucoup la façon dont on arrive à gérer les consultations.

Mais au centre aussi, des fois les personnes arrivent avec plein de motifs et du coup, bah il y a des fois j'arrive à dire, bon bah, aujourd'hui on va faire ça et puis on fera telle autre chose après. Ou alors justement parce qu'on a posé la question des violences c'est là-dessus que ça a débordé et du coup on répond pas à la question première. Alors des fois j'arrive à dire « Bon bah du coup là on a parlé de tout ça on va reprendre un rendez-vous. » Mais des fois c'est compliqué. Donc voilà, c'est dans ce sens là que ça déborde un peu.

Quand tu dis que c'est compliqué, c'est compliqué de ?

Et ben parfois pour moi c'est compliqué de... d'être dans un système où il y a ce cadre organisationnel, même si ici il est quand même plus flou, mais de se dire que bah finalement on laisse la personne, mais derrière il y a quand même d'autres personnes qui attendent quoi. Que, on ne va pas pouvoir passer trop de temps. C'est ça qui est parfois pas facile à gérer.

Parfois j'y arrive très bien, j'arrive à dire bon bah là on se redonne rendez-vous assez rapidement et puis il y a d'autres fois où... et puis il y a quand même plein de consultations, où moi je vois pas le temps passer non plus parce que je suis pas sur l'horloge. *Rires*. Tout d'un coup je me dis oulalala, ça fait déjà 40 minutes qu'on est là en train de discuter. Mais c'est quand même plus souple ici, la structure quand même, moi je trouve, le permet mieux.

Et puis le fait d'être en équipe permet aussi que l'équipe prenne le relais, c'est-à-dire que si elles voient que ça fait longtemps elles vont voir les personnes, elles redonnent un rendez-

vous, ou elles sont là pour faire patienter. Et à l'inverse, si pour moi c'est compliqué, je peux aussi réorienter sur l'équipe. Donc ça c'est un vrai atout en fait.

Et je crois que c'était ce qui était compliqué en libéral. C'était le sentiment d'être quand même relativement seule. Même si, voilà, j'avais... Petit à petit, tu te constitues un réseau, mais c'est un réseau... Enfin, en libéral, quand t'es débordée, t'as du mal à l'entretenir, le réseau. Et puis... Orienter les gens, c'est pas toujours simple. Les gens, ils ont confiance en toi. Ils ne jurent entre guillemets que par toi, et c'est pas toujours rassurant valorisant. Alors ça peut, des fois, donner un sentiment de toute puissance, mais il y a des moments où c'est pas du tout... Je trouve que c'est pas du tout... à la fois sain et rassurant quoi. Parce qu'on ne peut pas tout gérer.

Moi je trouve que, en tout cas, si on s'installe en MSP ou à plusieurs, vraiment, il faut vraiment choisir ses collaborateurs, parce que pour le coup, je trouve que de pouvoir partager c'est vraiment important et je pense que c'était ce qui était compliqué en libéral.

Voilà.

C'est ce que tu disais, cette sensation d'étau finalement si je comprends bien c'était à la fois au niveau finalement des rendez-vous donc l'organisation, l'étau finalement aussi il y a une certaine pression « mentale » d'après ce que j'ai compris ?

Oui, c'est essentiellement ça hein. Pour moi c'était vraiment... une sorte de contrainte mentale... Ouais, c'est ça en fait. Moi, je suis quelqu'un de... Assez lent dans ma façon de fonctionner. C'est-à-dire que j'ai aussi besoin de temps pour intégrer ce que disent les gens. J'aime pas être pressée et j'aime pas presser les gens. Et je trouve que, en médecine générale, il y a quand même beaucoup de symptômes qui sont liés. Alors bien sûr, on peut faire une lombalgie et traiter ça comme une lombalgie juste avec des anti-inflammatoires et des antalgiques. Mais moi, j'arrive pas à faire ça : c'est-à-dire que pour moi, ce qui est important, c'est de savoir dans quel contexte survient cette lombalgie. Et du coup si on veut... En tout cas moi je trouvais que si on voulait, si je voulais prendre ce temps-là, ou en tout cas m'intéresser à la personne dans sa globalité ça me prenait du temps.

Et c'est vrai qu'on m'avait appris, ben voilà, en médecine libérale, quand tu t'installes, et ben t'as des créneaux de 20 minutes. Donc j'ai essayé au cours de... Je sais pas combien d'années ça m'a fait d'exercice, plus de 20 années, à des moments, d'adapter. Il y avait des personnes pour lesquelles je mettais des créneaux de 40 minutes, et puis d'autres 20 minutes, enfin je faisais... Mais je crois que j'ai jamais vraiment trouvé la bonne échelle. Ou alors il aurait fallu effectivement peut-être que je mette 30 minutes mais il y avait aussi cet aspect financier de paiement à l'acte qui est important même si moi j'arrivais facilement à... Je m'étais très vite formée, quand la CCAM est sortie, à jongler avec sur... Quand je faisais la gynéco, sur les consultations de suite d'hospitalisation, tout ça. Et j'utilisais très facilement, même dans les

consultations, pas forcément de dépression ciblée, mais quand il y avait des consultations de violence, on pouvait sur la première consultation utiliser la cotation dépression parce qu'on pose des questions.

Donc avec le sentiment du coup que j'étais quand même valorisée sur ces 40 minutes.

Mais il y a quand même cet aspect-là qui est vraiment inhérent au métier de médecin généraliste en libéral. Donc qui fait que, si tu veux quand même... C'est pas qu'une question de gagner sa vie, je pense, c'est une question d'être valorisé dans ce qu'on fait. Reconnu dans ce qu'on fait, que ce qu'on fait a vraiment du sens. Et du coup pour moi cette notion de temps était vraiment... Importante. Pendant longtemps je crois que c'était compliqué de dire aux gens : « Oh mais tu bosses que trois jours par semaine ? » Je disais, « Mais oui, mais je bosse trois jours par semaine mais je peux faire 40 heures en trois jours quoi ». Et la représentation que pouvait avoir la médecine libérale pour les gens, bah voilà tu fais le vaccin, tu fais ci, tu fais ça. Et donc je pense que c'était aussi ce décalage entre le temps que tu passes, l'énergie que t'y mets et la façon de prendre soin des gens.

Et ça, c'est vrai que le fait de travailler ici maintenant, ça a enlevé ce paramètre. Et je crois que cet étai, ce sentiment d'emprisonnement, pour moi c'était vraiment ce temps dédié et le fait de ne pas être arrivée à me dire bon c'est pas grave tu vois des gens toutes les 30 minutes. Et du coup ça voulait dire aussi être payé quoi. Je pense. Qu'il y avait quand même ça qui comptait. Et puis il y a aussi des gens qui nécessitaient pas forcément 30 minutes.

Et donc en fait c'est ça qui est compliqué en fait c'est comment tu... Tu sais pas à l'avance pourquoi viennent les gens et voilà. Plus toutes les contraintes administratives qui vont avec. Alors qu'ici c'est vrai que je suis libérée de ça. Ici j'ai l'impression d'être vraiment dans le soin comme j'aime le faire quoi. Il n'y a pas cette contingence de temps. Il n'y a pas la contingence financière et je sais que je suis reconnue dans ce que je fais.

Tu es reconnue comment dans ce que tu fais quand tu dis que tu es reconnue dans ton exercice actuel ?

Alors du coup, ce qui est différent - la reconnaissance des gens, elle existait déjà avant. - C'est ça qui est super important. Mais là, c'est aussi une équipe qui me... qui sait aussi me valoriser quand moi je ne me valorise pas, ou quand j'ai plein de doutes et plein de questionnements. Et puis, voilà, j'ai une chef qui sait aussi me dire que... Et puis du coup, il y a les retours, alors pas que de moi, quand je dis je suis reconnue, c'est la structure. Les retours des partenaires, du réseau avec lequel on travaille. Et puis le fait que, voilà, même les médecins généralistes nous envoient de plus en plus de personnes, qu'on est identifié comme tel. Mais moi je me sens confortable. Pour travailler. Donc je trouve ça précieux. C'est chouette.

Ça marche. Peut-être une dernière chose avant d'avancer dans les violences à proprement dit. T'as parlé de compte à rendre finalement, c'était des comptes, donc l'aspect financier. Est-ce qu'il y a d'autres aspects quand tu parles de comptes à rendre, finalement, dans la médecine générale ?

Je pense qu'il y a deux aspects. Il y a l'aspect un peu administratif, attends, plus qu'administratif, lié à... Je ne sais pas comment on pourrait dire ça, mais tout ce qui va être sécurité sociale, tout ça, on a quand même... Voilà, on est fliqué. Enfin, c'est peut-être un peu fort comme mot, mais t'as des contre-rendus en permanence, t'as les ROSP, t'as ta patientèle, t'as nouveau médecin traitant, enfin voilà. Même si au fond moi je m'en fichais quand même un peu mais n'empêche que ça existe. Donc c'est là.

Et puis je pense par rapport à mon idéal de médecin, de recevoir des gens, d'en recevoir quand même suffisamment, que c'est compliqué pour moi de dire non. Je trouvais qu'on ne puisse pas recevoir des gens, qu'on prenne des dispositions pour dire « non on n'accueille pas ces gens-là ». Moi je crois que je suis partie au bon moment parce que pour moi, c'est pas possible quoi. Je vois pas comment on peut refuser des nouvelles personnes.

Ça me paraît... Oui, bien sûr qu'on a, à un moment donné, on ne peut plus faire, mais je trouve que c'est vraiment des choses qui me paraissent pas justes. Pas juste parce que ce n'est pas de notre faute en soi, c'est vraiment notre politique de santé publique. Mais oui, les comptes à rendre, ils sont multiples en fait.

Et puis l'engagement qu'on a aussi pour la patientèle existante, si on peut pas les recevoir quand ils ont besoin. Donc oui, ça fait beaucoup de comptes à rendre. *Rires*

Et bien, est-ce que tu peux me raconter la dernière situation où quelqu'un t'a parlé de violence conjugale ? En consultation.

La dernière situation, c'est une jeune femme qui a été reçue ici pour une demande d'IVG. 23 ans, déjà un petit garçon de 2 ans, qu'elle a avec son compagnon et qui est venue et qui a été accueillie par une conseillère conjugale qui a commencé à parler un peu de ces violences. Cette jeune femme a pas mal minimisé en disant « c'est vrai, il crie, oui c'est vrai, il me parle pas très bien, oui... voilà. »

Il s'est trouvé que moi je ne l'ai pas vue tout de suite en consultation d'IVG parce que après ses beta HCG et son échographie, elle a appelé pour dire qu'elle saignait. Donc la conseillère l'a orienté sur l'hôpital pour qu'elle y fasse une échographie et donc on lui a dit, vous repassez quand vous avez fait cette écho, l'idée c'était de savoir si elle faisait une GEU, une fausse couche, tout ça.

Et donc moi je l'ai revue après parce qu'elle est revenue tout de suite après et elle était dans un état de... Choc en fait et elle l'a verbalisé comme ça en fait, elle a dit je suis en état de choc. Parce qu'en fait à l'hôpital elle a été reçue pour le coup par une interne. Elle a eu une

échographie par voie intra vaginale d'emblée, alors qu'elle avait des beta HCG... Que l'appareil d'écho n'était pas tourné, qu'on lui a dit que la grossesse s'était bien passée, et on lui a donné la photo, - que la grossesse se passait bien, pardon - qu'il n'y avait pas de souci. Alors qu'en fait, elle était accueillie, elle a dit plusieurs fois qu'elle faisait une IVG et tout ça. Qu'elle voulait faire une IVG et donc elle est revenue vraiment dans un état de choc qui, moi, m'a mise en colère en fait contre cette façon de... de prendre en charge.

Et d'autant qu'on savait qu'elle vivait des choses pas cool dans son couple. Même si elle minimisait pas mal, qu'elle n'était pas prête à porter plainte pour le moment. Et du coup, elle est repartie chez elle. On a calé la date pour faire l'IVG. L'IVG s'est passée à la maison, s'est relativement bien passée.

Et en fait, entre le temps de l'IVG et le temps de la C3, elle a... Lui, finalement a complètement décompensé, il s'est mis à hurler, il a dû... casser des choses dans la maison, il l'a frappée et les voisins sont intervenus. Ils ont appelé les gendarmes qui sont venus et du coup il a été mis en garde à vue 24 heures et sur le champ, une obligation de mise à distance.

Et donc, moi, je l'ai revue à sa C3. Et là, elle m'a dit, je suis sereine. En fait, l'IVG, pour elle, ce n'était pas le problème.

Elle m'a dit, en fait, je me sens libérée, elle me dit « Je me sens libérée, c'est maintenant que je me rends compte du poids que c'était de vivre avec cet homme qui finalement était sans arrêt en train de me contraindre. » Alors elle travaillait quand même, hein, mais voilà, qui criait tout le temps, qui l'insultait. Et en plus, elle a eu du soutien de sa belle-famille.

Et du coup, c'était, pour le coup, c'était une consultation, enfin, c'était un suivi de violence conjugale qui a été, on pourrait dire positif dans le sens où elle, elle a pu prendre la distance avec cet homme, la justice est intervenue de façon positive et... Finalement notre accompagnement, en tout cas la prise en charge du début a pu mettre l'accent sur ce qu'elle vivait et lui faire percuter que c'était pas normal. C'était ça ma dernière consultation de violence conjugale. Je crois. *Rires.*

Et quels enjeux ça a posé pour toi, pour ton organisation, pour la personne éventuellement ?

Les enjeux pour moi, ça a été de me rendre disponible le jour où elle est revenue avec son écho parce que du coup il n'y avait pas de créneau de consultation dédié et on l'a reçue à deux avec la conseillère. Et du coup on a pris une demi-heure, 40 minutes ensemble et après on est resté disponible par mail. Parce que pour le coup je l'avais arrêtée. Donc c'est pas toujours du temps qui est formalisé, mais c'est vrai que c'est une façon qu'on a de travailler, enfin moi, que j'ai de travailler ici, qui peut arriver parfois, le lien se fait comme ça par mail pour prendre des nouvelles.

Je pense à une autre jeune femme que je suis pour des violences conjugales pareil qui est très jeune, qui a 21 ans, qui a quitté son ex-compagnon mais qui est dans des difficultés noires financièrement, sur le plan de logement... Qui arrive toujours à trouver des nouveaux boulots mais il y a toujours un moment où elle n'arrive pas à y aller donc elle envoie toujours un mail, et le mail c'est toujours le vendredi tu vois, « j'ai pas pu aller travailler » et comme moi je ne bosse pas le lundi. Et du coup on a ce lien par mail où je lui envoie l'arrêt de travail pour deux trois jours parce que je lui ai dit « Mais il faut justifier vos absences. » Et de temps en temps je prends de ses nouvelles, elle dit tout le temps je vais passer, je vais passer, puis elle passe jamais, mais il y a ce lien qui existe. Mais du coup ça demande une disponibilité. Alors bien sûr que c'est pas en présentiel mais... Voilà après je sais pas... La question c'était des contraintes, non ?

C'était les enjeux.

Les enjeux. Je crois que l'enjeu principal pour moi c'est d'être disponible. Et d'aller vers. Ce que j'arrivais... En fait, quand j'étais en libéral, c'était plus compliqué pour moi. Je crois que j'avais peur, et puis je pense qu'on nous apprend ça en médecine, j'avais peur des fois d'être trop intrusive ou d'aller... Déjà dans mes consultations je posais pas mal de questions mais tu vois d'aller au contact des gens ou de les recontacter je pense que...

En tout cas le ressenti que j'ai c'est que dans nos études... Enfin moi personnellement je l'ai ressenti comme ça, c'est qu'il ne fallait pas dépasser une certaine limite, et là je l'ai plus ça. Je sais que c'est une population, enfin en tout cas que les femmes victimes de violences, à la fois faut aussi respecter leur rythme, et... Il peut être vraiment très long, et moi j'arrête pas de leur dire que chacun son rythme.

On parle ici de porter plainte, de l'anormalité, « L » « apostrophe » « A-normalité », de certaines choses, mais on voit bien aussi que ça peut prendre des semaines - des mois - des années - mais en tout cas ça me paraît important à des moments de voilà de prendre des nouvelles de savoir où elles en sont et d'avoir cette disponibilité-là. Et je crois que le vrai enjeu c'est ça. D'être disponible, ne pas être dans le jugement, justement sur le rythme de la femme. Et de se rendre compte qu'elles sont aussi dans... Enfin qu'elles puissent avoir confiance et nous solliciter à nouveau.

Quand tu parles de te rendre disponible, c'est au niveau du temps, de la disponibilité quand elle te recontacte et de se rendre disponible aussi pour se revoir.

Est-ce qu'il y a d'autres choses qui rentrent dans « se rendre disponible » ?

Réfléchis.

Alors oui, il y a ces éléments-là et puis il y a tout ce qu'on peut faire à côté, c'est à dire se rendre disponible. C'est à dire ce matin, j'ai passé une heure à faire un certificat pour une

femme victime de violence qui a eu un jugement et pour laquelle le jugement a dit « tort partagé ». Alors qu'elle a dû fuir son mari alors qu'il a été condamné à 10 mois avec sursis et 5 ans de... Qu'est-ce que c'était ? D'obligation de soins je crois.

Et là le divorce, tort partagé. Et du coup j'ai passé une heure à rédiger un certificat médical puisqu'elle va faire appel. Donc c'est des choses pour lesquelles effectivement il faut se rendre aussi disponible. Ça peut être de l'accompagnement, ça peut être je suis par exemple allée à une instance d'action sociale à [...] pour la jeune femme, l'autre jeune femme dont je parlais, pour parler de sa situation qui était complètement ignorée des travailleurs sociaux et qui avaient bloqué... Il y a un fond d'aide d'urgence pour les jeunes. Et ils avaient diminué ce fond d'aide d'urgence parce qu'ils trouvaient qu'elle n'était pas motivée pour chercher du boulot donc du coup je suis allée présenter sa situation, ça m'a demandé 2h30 parce qu'il fallait que j'aie à [...], tout ça, mais je trouve que c'est... enfin... ça me paraît indispensable. Et je me dis que c'est vraiment une possibilité que j'ai dans ce travail que je fais là. Alors bien sûr j'ai annulé des consultations pour y aller parce que mon temps n'est pas extensible non plus ici. Mais... Peut-être que si j'avais continué en libéral, il y a des choses que j'aurais pu mettre en place comme ça, mais bon, je sais pas si j'y serais arrivée.

Là, je trouve que... je ré utilise le mot confortable, je trouve que la structure s'y prête quoi. C'est ça pour moi la disponibilité c'est pouvoir être dans un vrai accompagnement. Même si on a aussi quand même un cadre, qu'il y a quand même plein d'autres personnes à voir et que faut pas non plus que ça ne déborde trop parce qu'on ne fait pas... On fait de l'accompagnement individuel mais après on n'est pas non plus là pour être là tout le temps.

**Et en général, comment est-ce que tu gères le repérage des violences conjugales ?
Comment tu abordes la question ? Tu l'abordes avec tout le monde ?**

Oui, du coup ici la question est systématique. Donc moi je suis franco, je pose la question des... Alors, elle est systématique, je dirais il y a un petit bémol pour certaines consultations. Mais quand je pose la question des antécédents, j'ai ma case « violence », donc du coup je dis, voilà, « est-ce que depuis que vous êtes petite, que ce soit à la maison, à l'école, n'importe où, vous avez pu être victime de violence physique, verbale, psychologique ou sexuelle, de harcèlement » Et à la fin, alors souvent j'ai un hochement de tête dans un sens ou dans un autre et à la fin je demande « Ou est-ce qu'il y a des choses qui vous ont fait souffrir et qui vous font encore souffrir maintenant » parce que parfois violence : « non ». Et en fait quand on pose cette question-là « Oui ». Et puis après quand même très souvent je repose des questions, de la façon dont... comment... quand vraiment il y a - alors quand il y a des évocations de violence, on va un peu plus dedans - quand il y a zéro violence, je demande s'il y a des disputes, ou comment ils se parlent, ou... Voilà. Je saisis un peu ce qui se passe au quotidien pour demander comment c'est perçu. Pareil dans la sexualité. Voilà.

Et sinon, les personnes pour qui je ne la pose pas forcément d'emblée, c'est lors des IVG. Parce que c'est des consultations qui sont déjà très longues. Parfois il y a le partenaire. Mais du coup je me mets une alerte dans le dossier pour l'évoquer lors de la visite de contrôle. Voilà, c'est comme ça que je fais.

Parfois les femmes viennent spécifiquement pour ce motif, mais c'est quand même loin d'être la majorité. Donc... C'est comme ça que j'aborde les choses.

Et, il peut arriver aussi si dans une après-midi de consultation ou si les deux premières consultations ont été déjà extrêmement lourdes dans les récits de violence que je ne pose plus la question sur les autres consultations pour voilà, me préserver aussi. Mais du coup c'est pareil, je le marque dans le dossier, je ne l'ai pas posé aujourd'hui. Je l'évoquerai plus tard. Et j'essaye parce que pour le coup, comme cette question systématique des violences, on ne la pose que depuis trois ans je crois. D'être vigilante. Parce que je me rends compte qu'il y a des personnes qui sont suivies depuis très très longtemps et en fait la question n'a jamais été posée. Voilà. Ou celles aussi, qui en ont parlé par le passé et puis finalement on n'est pas revenu dessus, des fois de revenir dessus pour avoir un peu l'ensemble.

Tu as dit te préserver.

Oui parce que je suis touchée. Dans les récits... Alors je... parfois je... Je suis quand même outillée donc... Je... Il y a des situations que j'arrive à... Je pense à intégrer, à être dans une posture qui fait que je peux avancer. Puis il y a des situations qui me touchent vraiment, je sens que ça me touche plus personnellement et du coup je me dis que je vais pas être à l'écoute de la même manière après. Et que voilà, il faut aussi que je fasse attention à moi en tant que professionnel si je veux pas... J'ai envie de continuer à faire ce métier le plus longtemps possible et je connais mes limites et du coup je me dis que voilà, si... Si j'ouvre la porte tout le reste de l'après-midi, et que voilà c'est ce que je disais tout à l'heure, c'est pas le tout d'ouvrir une porte et de la refermer juste derrière, ou de dire ben je vous pose la question mais en fait si vous me parlez de vos violences, je vais rien faire aujourd'hui. En tout cas, moi, je ne me sens pas de faire ça. Donc je préfère faire comme ça.

Oui, parce que tu disais tout à l'heure, quand on ouvre la porte, il faut du temps derrière. Mais finalement, ce n'est pas du temps chronomètre dont tu parles.

Pas forcément, non. C'est aussi on parlait de la disponibilité c'est aussi être en capacité d'accueillir ce qui va être dit quoi. Même si effectivement ça va pas durer très longtemps dans le temps mais... Il faut cette... disponibilité là, donc si je l'ai pas c'est pas la peine.

Et puis aussi parfois je ne repose plus la question parce que il arrive quand même souvent que je ne sois pas toute seule en consultation qu'il y ait aussi un-e interne et je suis aussi vigilante à ce que ça peut leur faire vivre. C'est à dire que même si il ou elle ne l'exprime pas

toujours, je me dis que... Même si je pose la question, même si on me dit c'est ok, je me dis c'est quand même costaud quoi. Oui mais... Et puis voilà, c'est être vigilante à l'interne mais bon après c'est aussi à moi ce que je suis capable d'accueillir.

Parce qu'en fait il est pas rare aussi que dans mon temps de consultation je sois interpellée par les conseillères, donc du coup qui vont parler aussi elles-mêmes de situations compliquées où je suis obligée de finir pour faire un arrêt de travail chez une femme qui est victime de violence, ou qui ont besoin d'un avis, de la mise en place, j'en sais rien, d'un traitement, de savoir ce qu'il faut faire, s'il faut appeler le procureur ou pas et donc moi c'est au milieu de ma consultation donc du coup c'est pour ça que parfois je me dis « Bon allez aujourd'hui t'as eu ton lot. T'arrêtes de poser la question. »

Tu as dit que tu étais outillée. Quels sont ces outils ?

Mes outils c'est les formations. Oui. J'ai commencé à en faire très tôt. Au début... Au début en métier libéral avec la FMC. Les formations de deux jours, donc sur les violences, sur les violences conjugales, j'en ai fait plusieurs. Sur l'entretien prénatal précoce, voilà... J'ai fait des diplômes inter universitaires dans lesquels étaient évoquées les violences de façon ponctuelle. J'ai fait du coup [...] celui sur la prise en charge des femmes victimes de violence, des séminaires...

Et puis je suis outillée parce que on a une analyse de la pratique professionnelle, parce que moi j'ai fait un travail personnel sur moi pendant des années et des années, parce que j'ai une équipe qu'on peut partager. Voilà, parce qu'ici on fait partie d'un collectif sur les violences et que c'est quelque chose sur lequel on travaille de façon pluripartenariale.

Voilà, et je dirais que je suis outillée parce que j'ai la chance aussi sur le plan personnel d'être dans un environnement très positif et que moi, je n'ai pas eu à vivre ça donc je trouve que c'est un atout pour moi aussi. C'est un atout dans le côté... Comment je pourrais dire... Ça me donne de l'optimisme... Voilà, je suis quelqu'un qui suis... Qui pense qu'il y a toujours de l'espoir et de l'optimisme. Mais peut-être parce que moi, j'ai... Je dirais pas que j'ai pas vécu des choses difficiles dans ma vie, mais en tout cas j'ai pas subi de violence. Et du coup, voilà, je pense que ce qu'on fait est constructif, que oui, même si on entend plein de choses négatives, moi je pense que c'est porteur de sens quoi. Donc ça participe aux outils je pense. *Rires*. Enfin je le prends comme ça.

Du coup finalement tout ça dont on a parlé c'est des outils pour le repérage et aussi finalement la gestion en fait de la violence en soi puis la violence en dehors de la consultation aussi finalement.

Oui c'est global, oui j'ai pas distingué mais... *Silence*

Et on sait que ça nécessite du temps de repérer les violences, comment toi tu fais ? Tes astuces quand tu décides de prendre le temps ?

En fait... En fait, je trouve que ça prend moins de temps quand on est formé. C'est-à-dire que je pense que c'est quelque chose qui m'a toujours, je me suis toujours sentie concernée, mais je pense que même dans ma pratique de médecin généraliste en libéral... Je pense qu'au début je percevais les signaux évidents voilà, j'étais vigilante aux coups etc « Vous avez fait une chute, tiens c'est bizarre », « Vous dormez mal c'est bizarre » Mais je pense qu'au fil du temps en étant formé, là vraiment le DU [...], même ici, ça a changé ma posture, c'est à dire que même quand je pose la question des violences systématique, en fait ça va être aussi la façon dont on va interroger le quotidien, qui fait que du coup on repère mieux.

Il y a tous les signaux externes, c'est à dire les annulations de rendez-vous, répétées, les personnes qui viennent sur un mode agressif, les personnes où on sent, je sais pas, que c'est bizarre, il y a des discordances dans leurs propos...

Du coup ça permet d'avoir vraiment un panel de signaux d'alerte qui sont beaucoup plus importants, et qui font que c'est plus facile. Et moi je suis quand même... Abasourdie, enfin étonnée comme... Comme le... de toute façon le fait de poser la question, quand même, on a des réponses. Donc comme le repérage, il peut se faire quand même de façon assez simple. Bien sûr qu'on passe à côté, mais je pense aussi que dans le repérage, le fait de poser la question, si la personne n'est pas prête à en parler le jour J, ou dit non, en fait elle sait qu'on est en capacité d'entendre et il peut arriver que pas la consultation d'après mais plus tard elle revient en disant « Bah voilà j'ai pensé à ça », elle l'apporte. Donc finalement on n'aura pas repéré à l'instant T mais le fait d'avoir posé la question ça permet que la porte est ouverte pour elle. Et parfois moi il m'arrive de mettre dans le dossier « là elle a dit non mais en fait tout dans sa posture me disait que c'était pas non » donc je laisse passer du temps et on ré abordera la chose.

Et puis c'est aussi, on parlait du rythme, on respecte le rythme de la personne dans le sens où parfois elle va dire « j'ai pas envie d'en parler ». Mais il y a des « non » qui sont des fois dit de telle façon, ou qui sont dit tellement rapidement qu'on se dit « ben tiens là il se passe quelque chose. » Mais repérer ça ne veut pas dire derrière, après forcément enclencher tout de suite quelque chose. C'est juste... Voilà.

Et tu as dit ça prend moins de temps, quand tu es formé, qu'est-ce qui prend moins de temps ?

Le repérage je pense. Parce que du coup tu as vraiment tous les... tu peux bien sûr passer à côté je suis pas du tout... je pense qu'il faut garder quand même beaucoup d'humilité.

Mais ça te permet vraiment d'être à l'affût et d'être vigilante, même du coup, - pour le coup-là on parle des femmes victimes de violences, - mais même chez les enfants, enfin, des troubles

du sommeil, et puis même chez les femmes, des troubles de la sphère urinaire, des infections urinaires à répétitions, tu vois des tas de choses comme ça qui font que le fait d'avoir été formé et de savoir tout ce qui peut être en lien avec des situations de violence, - des IVG à répétition, des fausses couches, enfin des grossesses qui sont compliquées. -

Du coup, ça permet... Et puis toutes ces personnes qu'on voit en consultation qui nous agacent prodigieusement et on ne sait pas pourquoi ça nous agace et ça nous met dans un état de « crispation » parce que du coup ça aussi c'est un signe d'alerte, c'est de se dire : « tiens mais si elle me fait réagir comme ça c'est qu'il se passe quelque chose » donc moi je trouve que la formation oui ça m'a vraiment permis d'être... D'être meilleure dans le repérage. Je suis sûre que je passe à côté de plein de gens, que voilà l'accompagnement est sûrement parfois pas optimal, mais en tout cas à posteriori je me dis « mais punaise mais je suis passée à côté de plein de choses ». Pour moi c'est vraiment essentiel. Et même en faisant ce DU, je me disais « Ah bah je sais déjà pas mal de trucs », je me suis dit « Et bien en fait, il y a plein de choses que je ne sais pas. » *Rires* Donc ouais, je crois que vraiment, ça aide en tout cas.

Est-ce que tu as des stratégies de gestion du temps en particulier sur les violences ?

Par rapport à d'autres questions, enfin questions dans la médecine générale ?

Est-ce que tu gères ton temps différemment disons ?

En tout cas je pense que sur les situations de violences, la stratégie ce serait de ne pas avoir de stratégie, c'est-à-dire de ne pas vouloir à tout prix... En fait, je reviens toujours à cette disponibilité, c'est de se dire : bon, là, il ne faut pas que je me dise « tiens, il faut absolument que tu aies fini en une demi-heure ».

Et puis... Dans la gestion du temps, c'est aussi... Parce que même en étant formée, même en recevant beaucoup de publics concernés, on est aussi impacté par ce qu'on est nous-mêmes et ce qu'on vit. Et du coup, la stratégie c'est aussi d'être... comment dire... il y a des fois où on aurait envie d'aller plus vite que là où en est la personne c'est à dire que... On peut être emporté par ce que vit la personne et se dire « Punaise, là il faut qu'elle porte plainte, il faut qu'elle fasse ci, il faut qu'elle fasse ça. » Et je trouve que ça demande beaucoup de... Enfin c'est pas toujours simple quoi.

Et du coup la stratégie aussi dans la gestion du temps c'est aussi de... - Mais j'arrive pas tout le temps à le faire - D'arriver à se dire « Tiens aujourd'hui je suis comment, je suis dans quel état d'esprit ? » Et du coup comment, quelle posture je vais pouvoir prendre et du coup ça rentre dans cette gestion du temps ... Voilà. Je ne sais pas si j'ai répondu à la question. *Rires*. Et dans la gestion du temps, il y a aussi le fait que moi, souvent dans ces situations, je n'arrive pas à remplir le dossier en même temps. Donc je me dis, ben, tant pis, je prendrai un autre temps où après je vais écrire tout ce qui a été dit. Pour après avoir des traces, si je dois faire

un certificat, tout ça. Autant j'arrive à le faire sur une prescription de pilule ou même une IVG, mais là je sais pas faire.

Et quand j'étais en libéral ce que je faisais quand les femmes venaient avec une situation de violence où je me disais par exemple je veux que je fasse un certificat ou même un certificat de coups et blessures, parce qu'on en faisait quand même pas mal. Et ben en fait, souvent, je leur disais, « Écoutez, là je vous vois, je vous fais l'arrêt ou quoi, mais on se refixe un rendez-vous ce soir. » Donc du coup, là j'avais tout le temps. Parce que moi, j'arrivais pas à faire les choses vite et que du coup sinon je me sentais pas... Donc je gérais mon temps comme ça. Bon Dieu merci, il n'y en avait pas tous les jours ni toutes les semaines. En fait, cette gestion du temps, je pense qu'elle est primordiale pour les personnes qu'on reçoit, mais en fait pour moi elle est indispensable.

Parce que là tu parles de rajouter finalement des choses à faire sur ton temps personnel. Et est-ce qu'il y a une accumulation ou pas ?

Il pourrait y avoir une accumulation.

Et comment tu fais en sorte qu'il n'y en ait pas ?

Parce que pour le coup ici j'ai suffisamment de temps pour ça. Mais des fois ça déborde. Et du coup, voilà, peut-être qu'on va augmenter de 10% le temps médical ici. *Rires.*

Donc en fait, régulièrement, je fais des mails à ma chef pour lui dire voilà où on en est. Je n'y arrive pas.

Silence.

Est-ce qu'il y a des choses qui influent sur ta décision, - on en a parlé un petit peu mais - de la décision d'en parler ou pas, des violences pendant la consultation, on a parlé de ta disponibilité mentale, est-ce qu'il y a d'autres choses que la disponibilité mentale qui va influencer sur ta décision d'en parler ?

Il y a parfois le motif de consultation, c'est à dire que si la personne vient pour une pose de stérilet, que la pose est elle-même compliquée, je ne sais pas quoi, et que du coup, il y a quand même la contrainte de temps, je vais pas en parler. Donc il y a ma disponibilité mentale, mais il y a contrainte quand même de temps et de... Du cadre des consultations qui fait que du coup je vais pas aborder le sujet. Et des fois on se trouve bien coincé quand par exemple tout d'un coup il y a une révélation sur la table d'examen et que moi je m'étais dit je ne veux pas en parler là et que en fait ça sort tout seul.

Du coup tu es coincée ?

Et ben coincée dans le sens où du coup il va falloir que je prenne le temps d'accueillir ça. Alors que j'avais pas forcément prévu ça dans... mon cadre et dans le temps de la consultation.

Et comment tu fais du coup ?

Bah là aussi, ça dépend un peu de comment je suis.

Réfléchis.

Soit j'ai la possibilité de re caler un rendez-vous pour qu'on en parle, soit parfois c'est pas possible. Soit ici on a aussi la chance de dire, « Écoutez-moi, là j'ai pas le temps » enfin je dis pas comme ça, « Mais peut-être ça serait intéressant que vous voyez une de mes collègues dans la foulée. » Et ça, des fois, ça se fait si elles sont dispos. Donc c'est vraiment précieux. Oui.

Et on parlait du stérilet, mais du coup, on parle de la violence et le stérilet, tu le poses, tu le poses pas ?

Non. Oui. D'ailleurs, je m'en rappelle d'une consultation en libéral, - cette femme d'ailleurs m'a suivie ici - elle venait pour son changement stérilet, et en fait on a dû le faire à la troisième ou quatrième consultation. Parce que du coup elle s'est mise à parler de ce qu'elle vivait, et puis j'ai posé des questions et là je lui ai dit, « Mais en fait ce que vous vivez là, c'est des violences conjugales. » Donc les consultations qui ont suivi, - bon en plus elle avait une médecin généraliste top - donc je lui ai dit il faut aller lui en parler, on a fait plein de choses, et les consultations qui ont suivi c'était pas du tout... Très souvent moi je dis, « Là c'est pas le moment, l'examen gynéco aujourd'hui on va pas le faire, vous êtes pas en capacité. » Et c'est plutôt apprécié.

Et les consultations elles durent le temps que tu... enfin qu'elles doivent durer ?

Les consultations ?

Oui.

Pour les violences ?

Oui en général dans ta journée. Parce que tu disais que tu as un cadre de consultation, de limite de temps. Est-ce que tu arrives à tenir mon timing ?

Ça dépend des jours. *Rires.*

Il y a des jours où tout est, moi je pense c'est vraiment, personnes dépendantes.

Il y a des jours où j'arrive vraiment à dire, « Écoutez, on a parlé de ça, donc on ne va pas faire ça, on se reverra. » Et du coup, j'arrive à tenir mes 30 minutes.

On a de la chance aussi ici, c'est qu'en fait il y a des gens qui ne viennent pas à leurs rendez-vous et moi je trouve que... Alors, non, je dis on a de la chance. Je viens de dire que parfois les rendez-vous non honorés peuvent être signes de... que les femmes sont victimes de violence mais c'est pas toujours le cas quand même. Mais du coup ça permet aussi une souplesse en se disant - ben voilà - je peux déborder.

C'est très variable en fait, des fois j'arrive à rester dans le timing et puis parfois pas.

Est-ce que tu arrives à voir tout le monde ?

Non. On a des délais de rendez-vous qui sont d'un mois. Ce qui ne devrait pas être le cas, c'est pas satisfaisant du tout. Moi je pense que pour un centre de santé comme le nôtre on devrait pouvoir quand même accueillir le tout-venant plus facilement donc on a une après-midi de sans rendez-vous [...] qui permet d'accueillir ceux qu'on n'a pas pu accueillir mais [...] on a dû refuser des personnes parce que sinon bah je serais là jusqu'à 20h et non. Donc non c'est pas hyper satisfaisant. Bon après on essaie quand même de caler les urgences, on cale toujours les IVG pour qu'elles soient vues le plus tôt possible mais c'est ce qui fait aussi qu'on met des gens un peu dans les coins, sur des créneaux qui ne sont normalement pas dédiés quoi.

Enfinement ça fait partie des stratégies de gestion du temps donc de convoquer les patients sur des créneaux pas dédiés de prendre des créneaux en plus que ce qui est prévu. Est-ce qu'il y a d'autres choses, d'autres stratégies ?

D'autres stratégies, il peut y avoir parfois du coup des rendus des gens que je ne reçois pas et je rends des résultats par mail, quand tout va bien. Voilà c'est pas hyper satisfaisant.

[...] il y a beaucoup d'échanges par mail, d'envoi d'ordonnances par mail.

Et puis, il peut y avoir des stratégies aussi qui sont aussi liées à notre fonctionnement, qui sont pour le coup très chouettes. C'est que, du coup, quand moi je ne peux pas recevoir, les conseillères reçoivent. Donc, elles peuvent dépanner d'une pilule. Ça permet aussi de... de voir dans quel état d'esprit sont les personnes. Donc ça c'est aussi riche quoi. Enfin, riche, précieux. Donc ça c'est, moi je vois ça comme stratégie.

Et puis après sinon, après c'est rare mais on peut réorienter les IVG sur d'autres professionnels. Parfois certains médecins traitants qui sont... Bien à l'écoute, et avec qui ça se passe bien.

On a beaucoup lu dans la littérature que les médecins généralistes, ils n'avaient pas le temps de poser la question des violences. Qu'est-ce que tu en penses ?

Moi je pense qu'il y a deux choses. Il y a la question de... Cette question de temps, elle est vraiment importante parce que c'est ce qu'on disait. Si on ouvre la porte, eh bien derrière, il ne

faut pas la refermer. Donc, c'est vrai que si on la pose tout le temps, ça voudrait dire qu'il faut vraiment avoir du temps derrière pour... Qu'est-ce qu'on fait de la réponse qu'on nous apporte ? C'est aussi ce que dit Edouard Duran. On pose la question aux enfants, après on n'écoute pas la réponse.

Interruption

Donc je pense que... C'était quoi la question ? On n'a pas le temps, c'est ça ?

Oui, c'est que les médecins généralistes n'ont pas le temps. Tu étais en train de dire qu'il y a deux choses.

Oui, il y a ça. Moi je pense qu'effectivement, il y a une question de temps.

Qu'on n'écoute pas la réponse quand les enfants ils nous disent des choses ?

Oui mais parce que enfin tout ça pour dire que en fait pour écouter une réponse faut avoir du temps aussi et l'autre chose c'est aussi la formation. C'est à dire que c'est pas le tout de poser la question c'est aussi après : qu'est-ce qu'on fait de ça ?

Et puis je pense que la violence génère des comportements quand même très particuliers : notamment beaucoup de culpabilité et de honte de la part des personnes victimes et que je pense qu'il y a plein de médecins généralistes qui ne se doutent pas un instant que la personne qui est en face d'eux est victime de violence. Donc à qui il ne viendra même pas à l'esprit de poser la question. Donc je pense que...

Mais c'est sûr que si dans ton fonctionnement tu vois les gens toutes les dix minutes... Voilà non, c'est pas possible. Donc je pense que oui, il y a la question du temps, mais il y a la question de la formation.

Parce que du coup, en étant formé, tu ne passes pas le même temps ?

En étant formée, tu repères plus facilement. Tu sais aussi les questions que tu peux poser. Et puis du coup, si tu es formée, tu sais aussi que du coup, il te faut du temps pour ça. Et du coup, tu organises ta façon de travailler de façon différente.

Parce qu'il y a le temps du récit, le temps qu'on met le jour où la question est posée, abordée, mais il y a finalement le temps aussi de gérer après.

C'est tout ce qu'on va mettre en place pour accompagner la personne et puis il y a le temps de la personne, c'est-à-dire qu'on sait bien qu'une femme victime de violence conjugale, elle va peut-être quitter son mari dix ans après. Et qu'elle va revenir je ne sais pas combien de fois et que le médecin qui n'est pas formé au bout d'un moment il va s'agacer, « elle revient encore, elle ne fait rien. » Donc il y a aussi ce temps-là. Qui fait aussi que si on n'est pas formé, on peut se dire, « je la vois comme ça. » Alors que je pense que dans les violences, on est un

peu comme dans l'entretien motivationnel qu'on peut faire pour le tabagisme. L'idée c'est pas de culpabiliser la personne parce qu'elle fait rien mais c'est parfois de reparler de certaines choses, de dire ce qui est possible, de le répéter. C'est ça qui fait qu'à un moment donné peut-être qu'il y aura un déclic où il y aura... et ça aussi ça demande du temps.

Donc oui, vu la configuration actuelle de la médecine générale libérale, je pense que les médecins manquent vraiment de temps pour cette problématique.

Donc il manque de temps ? Qu'est-ce qui fait qu'il manque de temps ? Tu parles de la configuration actuelle ?

Du fait qu'en fait il y a moins de médecins généralistes, qu'il y a des tas de gens qui ne sont pas pris en charge, que... Je pense qu'il y en a un nombre incalculable qui doivent être à la limite du burn-out ou en pré burn-out, donc du coup qui n'ont même pas la disponibilité d'esprit. Que voilà, il y a des hyper sollicitations en permanence. Je pense qu'il faut être vraiment un champion pour arriver à se dire moi je fais ça je prends du temps pour telle ou telle consultation et... Et arriver à rester dans une pratique de la médecine générale humaine, globale, accompagnante. Donc je comprends qu'il y ait des médecins généralistes qui n'aient pas le temps.

T'as parlé de... J'ai perdu ma question je sais plus ce qu'on disait... Donc pour toi du coup c'est pas... La configuration actuelle elle n'est pas compatible finalement à ce que les médecins posent la question ?

En tout cas pas en systématique ou alors je sais pas comment ils pourraient faire quoi. Après tu vas me dire les médecins généralistes normalement ils ont une patientèle donc ils ont des gens qu'ils suivent depuis longtemps donc peut-être qu'ils la posent en systématique à tout nouveau, nouvelle personne et que de temps en temps ils se disent bah aujourd'hui je vais me faire une journée où je vais poser la question aux gens que je reçois, pour... Je sais pas mais je pense que... C'est une vraie question en fait.

Ce que je me dis c'est que c'est difficile de leur - en tout cas de leur jeter la pierre en disant bah ils posent pas la question. Je pense que déjà ils sont insuffisamment formés, que peut-être s'ils étaient formés ils repéreraient des choses et qu'ils se diraient, tiens, bah cette personne elle consulte pour ce motif, et ben peut-être que je pourrais lui poser cette question. Et qu'à ce moment-là ça permettrait d'envisager le temps d'une façon différente.

Tu parlais d'hyper-sollicitations. Qu'est-ce que tu inclus dans cette hyper-sollicitation des médecins généralistes en libéral ?

Donc moi je vois bien qu'à l'heure actuelle ils sont... D'abord, il y a ces problématiques de patientèle, de gens qui n'ont pas de médecin traitant, qui appellent, qui veulent être reçus, il y

a toutes les urgences, il y a toute cette part administrative, qui noie le médecin généraliste, tous ces certificats qu'on nous demande, ces justificatifs à droite à gauche, ces « dossier médical partagé ». Enfin je trouve que... Et puis après si à côté tu veux te former, si tu veux participer à des groupes de pair, si tu veux être en interaction avec les autres professionnels, si tu veux...

Enfin je trouve que c'est un métier complexe. Et puis ce que c'est que la médecine générale, c'est-à-dire que c'est un métier qui prend en compte tout ! Donc oui, il y a la problématique des violences, mais voilà, il y a aussi toutes les autres problématiques, toutes les situations complexes de la personne qui vient avec son cancer, son diabète, son infarctus, enfin... Va rajouter en plus la question des violences là-dessus. Parce qu'en plus les personnes porteuses de handicap elles sont encore plus à risque, les personnes... donc je trouve que c'est beaucoup pour une même personne et du coup si la société dans son ensemble était sensibilisée à ça, peut-être que ça ouvrirait aussi d'autres lieux de discussion et le médecin généraliste, il ne serait pas la seule personne. Il y a quand même plein d'autres professionnels de santé. Des kinés, des infirmières, les spécialistes, l'hôpital... Donc... Ça pourrait être aidant aussi.

Pour toi, le médecin généraliste, certains n'auront peut-être pas le temps parce qu'il y a plein de choses qui rentrent en compte. Et du coup, ce ne serait peut-être pas la personne la plus... Enfin finalement, pas la première ressource finalement sur le plan des violences ?

En fait, le médecin généraliste, si, ça pourrait être la première ressource. Mais c'est la première ressource pour tout à l'heure actuelle. Et pas que pour du soin, je trouve. C'est la ressource pour le social, pour le travail, pour la vie perso, pour tout quoi. Donc si, c'est super important. Mais... Je me dis que si on ne fait pas intervenir d'autres professionnels autour, je veux dire, on peut pas tout porter. J'ai oublié les associations, enfin voilà, il y a... on parle beaucoup de réseau, de choses comme ça mais enfin je me dis que les violences, ça devrait vraiment être là-dedans c'est l'affaire de tous hein.

Bon, est-ce que t'as des choses à rajouter ?

Non je trouve ça super intéressant.

Ouais on pourrait - Et compliqué hein... - en parler encore longtemps. Et compliqué...

C'est vrai que là du coup on termine là mais...

Moi je trouve que c'est un métier passionnant mais sur lequel on fait reposer, on fait tout reposer.

Et c'est compliqué parce qu'il y a aussi ce côté financier qui joue, toi aussi tu l'as dit, en fait si on prend le temps comme... là tu parlais de « on ouvre la porte, on prend le temps » mais en fait ce temps-là on ne l'a pas mais on ne peut pas en fait parce qu'on est aussi chef d'entreprise et que c'est compliqué.

Je peux dire que ce type de consultation ça devrait entrer dans les consultations complexes et être rémunéré comme tel quoi. Plutôt que de vouloir faire rentrer dans cette consultation complexe des petites choses comme ça. En fait, les consultations de médecin généraliste, elles sont souvent, enfin à part ceux, effectivement tout le monde n'a pas la même pratique. Il y en a qui vont très vite, qui voient les gens en 10 minutes. Mais t'as bien vu toi dans ton stage avec [...], enfin moi je faisais pareil, la consultation si tu prends en compte - enfin on avait que des patients qui avaient, polypathologique des problèmes de couple machin truc enfin. Ça prend du temps et c'est vrai que c'est frustrant de se dire, enfin ça peut être frustrant de se dire, ben voilà, j'ai passé une demi-heure, j'ai passé trois quarts d'heure, je suis payée 26,50€. Et donc en moitié, puisque tu verses la moitié en charge. Et je vais chez le coiffeur et je me fais couper les cheveux en 20 minutes et même pas, et j'ai payé 30€. Donc c'est vrai que je comprends qu'il y en ait certains, que le sens de ton métier, il puisse exister, mais que quand même, oui, quand tu es ton propre chef d'entreprise, ça compte.

Mais après, voilà, moi je pense que ça reste un métier qui est extraordinaire et pour lequel les conditions d'exercice actuelles ne sont pas du tout optimales. Et puis je crois que personne ne se rend compte vraiment, enfin on voit bien dans les discussions et les négociations, je crois qu'ils ne se rendent même pas compte de ce que c'est que ce métier.

Je pense que si tu n'es pas passé par l'étape « je suis malade avec plein de problématiques et je suis allée voir mon médecin et j'ai vu tout ce qu'il a fait » Je sais pas, j'ai l'impression qu'ils comprennent pas.

[...] m'a envoyé un mail. Je me suis dit ok, ils veulent faire ça au niveau de la MSP, mais ils vont faire ça comment ? Donc il faut que je lui réponde, je vais lui dire, qu'on en discute de vive-voix, mais c'est pas le tout de te poser la question, qu'est-ce qu'ils vont en faire derrière s'ils ont pas le temps ? [...], je la vois bien s'occuper de ça, hein, mais s'ils veulent s'en occuper au niveau de la MSP, faut avoir quand même des gens qui soient... Et puis ouvrir la porte, ça veut dire aussi que toi, en face, t'aies l'étayage suffisant pour pouvoir accueillir ce qui est dit parce que des fois ça peut être costaud ça peut te toucher je trouve que ça s'improvise pas. En tous cas, bravo pour votre travail.

On va voir ce qu'on en ressort.

Entretien M9

Alors, est-ce que tu peux me dire depuis combien de temps tu es installée ?

[...] Ouais.

Quel type de patientèle est-ce que tu accueilles ? Quel est le fonctionnement général de ton exercice ?

Actuellement ? Parce que ça a changé. Actuellement. Je suis à deux jours au cabinet et trois jours à l'hôpital. Je fais de la santé de la femme principalement. Et qu'est-ce que tu m'as demandé d'autre ?

Comment il fonctionne ton exercice, c'est-à-dire la durée des créneaux, le nombre de patients par jour...

Alors à l'hôpital globalement c'est 8h30, midi 30, 14h, 17h. C'est des créneaux toutes les 20 minutes. 8h30, midi 30, 14h, 17h.

Il faut que je précise ce qu'il y a comme type de consultation ?

Tu fais comme tu veux.

Voilà, c'est des consultations de suivi gynéco, des consultations d'interruption de grossesse. [...] Donc ça, c'est pour le côté hôpital avec globalement des consultations de 20 minutes. 30 minutes pour les IVG quand même, pour les interruptions de grossesse.

Et au cabinet c'est des créneaux. Donc globalement ça peut être 8h, 8h20, 8h40, ça dépend des semaines. Deux jours par semaine jusqu'à à peu près dernier rendez-vous 18h, des fois 18h20. Et c'est des créneaux de 20 à 30 minutes, ça dépend. Des fois c'est deux par heure, des fois c'est trois. Mais c'est jamais au-dessus. Donc globalement, sur une journée de cabinet, ça fait, on va dire, entre 16 et 20 max, je dirais, de patients par jour.

Et bien écoute, est-ce que tu pourrais me raconter la dernière situation où quelqu'un t'a parlé de violence conjugale pendant une consultation ?

La dernière situation, alors là on est lundi, vendredi dernier... Oh là tu fais marcher ma mémoire, parce que je pose la question quasiment à chaque fois...

Attends faut que je réfléchisse là quand même...

Silence.

Il faut que je te dise la dernière personne que j'ai vue... ça doit être vendredi, parce que samedi j'ai pas bossé. Et vendredi, vendredi...

Silence.

Sinon une situation de violence qui t'aurait marqué. Peut-être plus simple.

Ah bah oui ça irait plus.

Réfléchis.

Si, une qui m'a marqué c'est sur - c'est récent, c'était vendredi dernier, - sur une interruption de grossesse. [...] c'était une dame que j'avais déjà vue en amont de l'intervention et qui en fait était enceinte d'une relation violente où il la menaçait en fait, encore au moment où je l'ai vue. Elle travaillait avec, il la menaçait physiquement et psychologiquement et elle était partie mais elle n'était pas tranquille parce qu'elle travaillait encore avec. Donc c'était un peu inconfortable parce qu'elle était dans une situation de grossesse non attendue dans un contexte de relations violentes et elle avait fait ce qu'il faut pour partir mais je la sentais pas forcément en sécurité.

Et il s'avère que le jour où je l'ai prise en charge, elle était en sécurité dans la mesure où - elle s'était mise en sécurité dans la mesure où - elle s'était rapprochée de sa famille.

C'est la dernière qui m'a marqué.

Comment est-ce qu'elle en a parlé ?

Parce que je lui ai posé la question. Maintenant je le mets directement, systématiquement dans les antécédents. Donc elle en a parlé.

Et comment ça s'est passé ?

Plutôt bien, c'était... Enfin plutôt bien. Comme je présente la question comme étant un élément de la prise en charge médicale, en fait, elle l'a bien pris, elle était pas en retrait ou en difficulté, en fait, elle a exposé son problème sans souci.

Quels enjeux ça a posé pour toi ?

Les enjeux, les enjeux c'était de... Une fois que j'ai posé la question, le premier enjeu c'était de savoir s'il fallait faire des démarches supplémentaires pour la mettre en sécurité. C'était le premier enjeu. Après c'était comment elle allait psychologiquement dans un contexte de violence - euh de - d'interruption de grossesse, donc déjà émotionnellement compliqué.

Deuxième, c'était plutôt sur le côté émotionnel. Et c'est globalement, c'est surtout ça.

En fait, ce qui est compliqué quand on pose la question, c'est de savoir en fonction de la réponse, si on va vraiment pouvoir faire quelque chose, parce que quand même, on n'a pas tant de correspondants que ça, accessibles facilement.

C'est-à-dire la mettre en sécurité, par exemple, si elle était vraiment en danger, il aurait fallu que je joigne une assistante sociale ou une structure d'association de femmes nécessitant un refuge et en consultation, l'enjeu énorme c'est le manque de temps.

Donc en fait, quand on pose la question, l'inquiétude c'est, et si elle répond quelque chose auquel j'ai pas accès, comment je fais ?

Quelles sont les choses que tu dis quand tu dis les choses auxquelles t'as pas accès ?

Facilement je parle, c'est-à-dire par exemple si je dois la mettre en sécurité au niveau local, sécurité, refuge, foyer d'accueil, en fait je sais que ils sont débordés en fait. Donc elle, elle aura pas un logement immédiat si elle est toute seule, si elle n'a pas de famille, etc. Donc ça c'est le premier point. Et bah c'est le seul hein...

Après si, après à l'hôpital, pour la prendre en charge, côté émotionnel, psychologique à l'instant T, ça va. Après c'est un peu à la carte parce qu'il faut déjà qu'elle ait envie, qu'on la prenne en charge, qu'elle en exprime le besoin, parce que souvent elles sont pas dedans.

Vraiment pour cette patiente là c'était vraiment de me dire elle a pas l'air en sécurité, comment je peux faire si elle l'est pas. Et c'est ça.

Comment t'aurais fait si elle l'était pas ?

Je l'aurais pas prise chez moi, ça c'est sûr. *Rires*. Non mais des fois, t'as envie, en fait. De lui dire, allez, venez chez moi, c'est en sécurité. Si elle avait pas été en sécurité, je pense que... J'aurais probablement appelé quand même une des associations... [...] Donc j'aurais appelé Rialto ou l'une des structures sur [...]. Pour la mettre en - Au moins lui donner un contact qu'elle puisse appeler pour si besoin.

Après pour cette patiente là en l'occurrence elle était pas toute seule. Donc on se rend compte souvent quand même que les femmes complètement isolées il n'y en a pas tant que ça et que du coup si on leur dit trouvez un lieu recours, un lieu refuge, elles ont souvent une copine, un père, une mère. Mais si elle avait pas eu tout ça c'est vrai que là c'est là que c'est compliqué c'est quand elles sont vraiment toutes seules. Ou qu'elles sont d'origine étrangère, et qu'elles viennent... voilà, qu'elles sont là un peu toutes seules, sans famille, etc. Là, c'est compliqué.

Et quels enjeux ça a posé pour toi au niveau de ton organisation ?

Euh, bah ça m'a mis en retard. Ah, pour cette personne-là ou en général ?

Alors, on peut en parler en général, déjà pour cette personne mais on peut en parler en général aussi

En général c'est la raison pour laquelle je suis passée à deux patients par heure déjà. Parce que, dès qu'on évoque l'idée ça va forcément prendre plus de temps. Ta question c'était quoi ? j'ai perdu le fil.

C'était les enjeux dans ton organisation.

Les enjeux dans mon organisation, c'est la gestion du temps. Gestion du réseau. Qui est quand même... En fait, pour l'instant mon réseau tel que je voudrais qu'il soit, il est pas encore bien défini. Que ce soit au cabinet ou à l'hôpital, je suis en train de travailler avec ma collègue qui a fait le diplôme là, sur les violences. On est en train de travailler sur une espèce de plaquette interne en fait qu'on pourrait proposer aux patientes en cas de besoin social, de besoin financier, de besoin psychologique, etc. En fait, qu'elles aient plusieurs numéros ou numéros d'appel d'urgence par exemple.

Donc le temps, le réseau qui manque et puis après l'argent.

Et puis voilà après c'est continuer à performer personnellement sur cette prise en charge. Et ce qui est compliqué c'est que souvent ces consultations on est tout seul et que le réseau d'appui il est quand même pas immédiat. J'ai pas une psychologue derrière que je peux appeler en urgence en disant qu'il faut absolument recevoir cette patiente parce qu'elle va vraiment pas bien. Je sais pas, moi, elle est en difficulté psychologique. Y a pas. Donc voilà. Après, si elle avait des idées suicidaires, des choses comme ça, oui, on peut envoyer aux urgences, appeler le 15, tout ça, mais... En dehors de ça, je trouve ça compliqué.

Et en général comment est-ce que tu gères le repérage des violences conjugales ?

Comment je gère le repérage des violences conjugales ? Je le gère par... Bah la question sur les violences en fait elle est assez large en fait parce qu'elle englobe toutes les violences passées et actuelles.

En fait souvent quand... J'ai pas toujours la même façon de poser la question mais souvent je leur dis « Comment ça se passe à la maison, est-ce que votre mari est gentil avec vous ? Comment se passent les rapports ? Est-ce que c'est vous qui décidez ? Est-ce que vous êtes d'accord quand ils vous proposent des rapports ou est-ce que... » voilà. J'ai des questions dans ma brouette à question. C'est pas toujours la même que je pose donc en fonction du moment et en fonction de la position que la patiente a je vais la poser différemment.

Et quand le conjoint est là, je m'arrange pour le faire sortir à un moment donné parce que je pose... C'est plus difficile de poser la question quand il est là. Je pose la question sur les violences en général sans dire « Est-ce que votre mari est gentil avec vous ? » Sauf quand je sens que c'est possible. Mais souvent quand je sens que c'est possible c'est que le mari souvent, il est plutôt gentil. C'est un peu sur le mode rigolo, « est-ce qu'il est gentil avec vous ? » Mais, c'est pas l'idéal comme situation. Moi j'aime bien les faire sortir, les patients. Ça m'est déjà arrivé d'avoir une patiente où le mari était là, où on sentait qu'il était un peu omniprésent et où on a réussi à le faire sortir, et où elle m'a dit « Mais en fait, il est violent avec moi, il me crie dessus, il me force à avoir des rapports, j'ai pas envie. Et puis si je dis non, il crie encore plus fort. » Enfin, il y avait de la violence quoi. Mais devant lui, effectivement, elle allait pas le dire, mais elle me l'a dit après.

Et c'est une question que tu abordes avec tous tes patients ?

Alors on va dire oui le plus souvent, mais il y a des fois je vais pas le faire soit parce que j'ai pas l'énergie pour le faire ce jour-là. Je pense que si je suis pas prête à entendre le oui et à développer je vais pas forcément poser la question et je me dirais je le ferai plus tard.

En règle générale toutes les nouvelles patientes oui, les patientes que je connais depuis longtemps, en fait je me suis rendue compte que je leur avais jamais vraiment posé, j'essaye de leur poser mais pas... Voilà j'essaye de leur poser alors que des fois je les connais depuis des années. J'essaye de leur poser systématiquement mais quand je le sens pas pour moi-même je le fais pas. J'ai tendance à le faire systématiquement aussi quand elles sont un petit peu, un peu distantes de base ou qu'il y a quelque chose qui ne se fait pas, j'ai tendance à le faire aussi en systématique.

Tu as dit du coup je ne la pose pas quand je n'ai pas l'énergie, quand je ne suis pas prête, ou que je le sens pas pour moi-même. Qu'est-ce que ça veut dire ?

Ça veut dire que recevoir ces patientes qui vivent ou qui ont vécu des violences, en fait, ça demande une disponibilité de temps et d'esprit que des fois j'ai pas. Alors c'est pas si souvent mais par exemple en fin de journée, si j'ai déjà posé la question 15 fois et que j'ai eu « oui » 10 ou 12 fois, parce que des fois ça arrive, il y a des journées à thème, ben la 16ème j'ai plus forcément l'énergie de le faire donc je la poserai pas.

Ce qui n'est pas forcément très bien parce que du coup il y a une inégalité entre guillemets. Mais comme c'est des patientes que de toute façon je vais être amenée à revoir - sur les nouvelles patientes au cabinet je leur pose tout le temps. - Par contre à l'hôpital, comme c'est souvent des situations compliquées, je ne vais pas forcément leur poser de prime abord. Je leur poserai la question peut-être quand je les reverrais au suivi. On est amené à les revoir deux ou trois fois quand même. Donc en fait ça va vraiment dépendre de si c'est hôpital, si c'est cabinet, dans quelle disposition d'esprit je suis et si je suis vraiment trop fatiguée, que j'ai la tête comme une pastèque parce que j'ai eu plein de choses à gérer et que c'était difficile de garder de la distance sur ces histoires-là, je m'autorise à pas la poser en fait.

Et ça je le fais parce qu'au début je me forçais à la poser systématiquement et je le fais parce que dans le diplôme [...] justement on a eu pas mal d'intervenants qui nous ont dit mais en fait, il faut pas forcément là où... il faut pas forcément aller là où on n'est pas bien et on peut s'autoriser des fois à pas être au top tout le temps sur la prise en charge d'une patiente on a le droit de pas être à 100%. Et donc quand j'estime que je le suis pas, je pose pas la question.

Tu disais parce que ça prend de l'énergie mentale.

Ouais, l'énergie mentale, elle est... Alors après, c'est un travail à faire, [...], j'imagine que c'est... Mais il y a des fois, c'est difficile quand les gens nous balancent des vécus compliqués. Bon bah voilà, il faut inspirer par le nez et souffler par la bouche en même temps qu'elle nous écoute, que on l'écoute plutôt. C'est pas forcément simple. Et puis on peut être aussi préoccupé, on peut être fatigué. On peut être soi-même pas bien. Enfin voilà. Et je trouve qu'il faut s'écouter soi-même pour être mieux en fait. Voilà. C'est un peu ça.

Qu'est-ce que ça implique, le fait de poser la question dans ta consultation avec la personne et en dehors de la consultation ?

Qu'est-ce que ça m'apporte à moi ou ? C'est ça ?

Qu'est-ce que ça implique ? Quels enjeux ça te... Qu'est-ce que ça change pour toi, dans et en dehors des consultations ?

Et ben... Dans... l'enjeu dans la consultation, c'est avoir l'impression de la prendre en charge de façon plus complète. Parce qu'en fait, je me suis rendue compte en posant la question systématiquement qu'il y avait pas mal de symptômes médicaux en général, pas forcément gynéco, qui pouvaient être en lien avec un psychotrauma. Sans forcément dire que tous les symptômes chroniques sont liés à un psychotrauma. J'ai l'impression d'être plus complète dans ma prise en charge.

Et ouais, globalement depuis que je pose la question, j'ai l'impression de faire mon travail de façon plus posée, plus sereine, moins en case séparée, de façon plus uniforme. Et puis il y a aussi le sentiment de valorisation, il y a beaucoup de patientes qui font un retour de « Ah mais je suis contente qu'on me pose la question, on ne me l'a jamais posé. »

Et je trouve que le lien à la patiente, il se fait d'autant plus qu'on leur pose la question sur leur vécu personnel de souffrances, de violences, et que le lien avec la santé, il est tellement évident que je comprends même pas qu'on l'ait pas appris à la fac avant.

Du coup, moi je suis de la génération encore d'avant où on en parlait pas du tout quoi. Donc voilà. J'ai l'impression de faire de la meilleure médecine en fait, en vrai. Même si ça prend un peu plus de temps et d'énergie, on a l'impression d'être plus... même si on n'a pas toujours les solutions, on a l'impression de prendre la personne telle qu'elle est dans son ensemble. Voilà voilà.

Et t'as parlé de valorisation, qu'est-ce que tu veux dire par là ?

En fait, le fait d'écouter les femmes, le temps qu'on prend - que je prends - pour les écouter, y a dans la... Enfin elles vont pas dire toutes, « ah merci », tout ça, c'est pas ça, elle vont pas amener des chocolats à la fin de la consultation, mais... Souvent, entre le début et la fin de la consultation, y a... Quand elles me connaissent pas, en fait, il y a toujours l'inquiétude,

l'incertitude de savoir mais « comment ça va se passer, est-ce qu'elle va me juger, est-ce que ça va aller vite ? », le fait de se poser et d'écouter, en fin de consultation - on devrait aller filmer avant, après en fait - On voit vraiment [...]. Elles se sont détendues et qu'il y a un lien qui se crée et pour moi cette - la valorisation elle est parce que... Si on veut que la patiente elle aille sur un terrain médical où on veut l'emmener, le meilleur moyen c'est de créer cet échange où on va vraiment les écouter.

La valorisation elle est dans leur posture, dans leur regard et puis c'est pas rare qu'en fait elles disent - mais à toi aussi je pense - merci d'avoir pris du temps, merci de m'avoir écouté. Ça c'est une valorisation parce qu'on a l'impression que l'énergie dépensée elle est utile et qu'elle n'est pas tombée dans l'eau quoi. Elles ont été entendues et même si on n'a pas de solution, en fait c'est déjà une partie du... Pour moi c'est une partie de la réussite de la consultation.

Et si, par exemple, je te donne un exemple : une patiente qui me dit par exemple en début de consultation bon bah moi en contraception je veux pas de pilule ou je veux pas de stérilet, le fait de les écouter et prendre le temps, c'est pas rare qu'en discutant, sur la fin de la consultation, on arrive à les faire, alors pas forcément changer d'avis, mais en tout cas réfléchir à la question différemment. Et au départ, elles étaient complètement contre. Et à la fin, elles se disent plutôt, « Ah bah oui, pourquoi pas ? » Et ça, si j'avais dit bim bam boom en deux minutes, c'est ça qui vous faut, ça aurait pas marché.

Mais avoir appris à les connaître, comprendre où sont leurs blocages et comment ça va dans leur tête, pour moi c'est une valorisation parce que j'ai l'impression - pas de les avoir manipulés, hein - mais d'avoir essayé de trouver un terrain d'entente entre moi, ce que je pensais qui était bon pour elle, et elles, ce qu'elles pensaient être bon pour elles, et on arrive souvent à trouver quelque chose de commun, ça c'est valorisant.

Et on parlait là, tu as parlé du temps pour toi, enfin de... de ce qui importe pour toi et pour la personne quand tu poses la question, de ce que ça implique, pardon.

Et en dehors de la consultation est-ce que ça implique des choses de poser la question en fait ?

Tu veux dire de poser la question en consultation, Qu'est-ce que ça implique dans les... ?

Sur ta fin de journée, je ne sais pas, sur ton temps administratif, par exemple, entre les consultations...

Le fait de poser la question ?

Oui.

Alors là, ça va être un peu ambivalent comme réponse parce que ça va dépendre des jours, de la météo du jour. Il y a des jours où à la fin d'une journée comme ça je vais vraiment être

vidée. Enfin beaucoup vidée, fatiguée quoi. En tout cas je me sens fatiguée, je le suis pas forcément, mais ouais, l'intellect il s'est branché sur des situations compliquées. Donc des fois poser la question ça peut être compliqué à la fin d'une journée ouais. Donc je vais avoir besoin soit de dormir, soit d'aller faire du sport, soit d'écouter de la musique, soit de dessiner.

Et après ta question c'était en dehors de la consultation. Qu'est-ce que ça implique ?

Bah après moi je ressens, depuis que je le fais, je ressens une satisfaction personnelle au quotidien. Tu vois, de me dire, me dire... Voilà après je passe quand même un certain nombre d'heures de ma vie au travail, je suis satisfaite. Encore comme ce que je disais tout à l'heure j'ai l'impression d'avoir été utile - je suis pas sûre - mais en tout cas apporté quelque chose. Planter une graine, j'aime bien l'image en fait. Tu vois. Je me dis bon bah voilà on a évoqué quelque chose on a échangé quelques minutes sur des possibilités pour peu qu'elles aient dit oui. J'ai l'impression d'avoir été jardinier, jardinière. Donc ça c'est plutôt cool.

Et l'autre chose, alors, par contre le revers de la médaille c'est que il y a quand même un côté, en dehors de la consultation, je me dis mais finalement, est-ce que j'ai pas tendance à voir du mal partout et à... Après, imaginer toujours que les femmes elles sont toujours... Tu vois, il y a un côté aussi, on voit le mal partout. Je sais pas si c'est trop en dehors de la consultation. Si, des fois, je me pose des questions en dehors en disant mais est-ce que tu fais bien de le faire tout le temps systématiquement ? Ça, c'est pas souvent mais ça arrive.

Parce que le fait de poser systématiquement la question, il y aurait des conséquences quand tu dis ça ?

Alors déjà premièrement le fait de poser systématiquement la question, moi je me suis déjà demandé si ça pouvait pas réactiver quelque chose qui était un peu enfoui sous le tapis et qui était très bien sous le tapis. Donc ça, des fois, ça me pose question.

Et puis sinon... Poser systématiquement la question. Après je pense que c'est... des fois ponctuellement je me dis j'aurais pas dû et puis après je me dis, Si. En fait tu vois, des fois je suis un peu dans l'ambivalence de me dire j'aurais pas dû parce que ça va réactiver puis après je me dis mais peut-être que sur le moment à l'instant T c'était mauvais mais au final ce sera une bonne chose. Mais en dehors de la consultation, le fait de poser la question systématique, par rapport à... Si il y a un truc, par rapport à là où je travaille à l'hôpital, je pense que ça pose problème à certains médecins que je pose la question systématique parce que justement, ils ont l'impression que je suis axée QUE ça et il y a certains médecins qui ne vont pas forcément trouver l'intérêt.

J'ai déjà un médecin qui m'a dit Alors j'ai quand même un médecin une fois qui m'a dit à l'hôpital moi je trouve pas ça bien de poser la question parce que c'est intrusif. C'est intrusif et... Et en fait on rentre dans la vie des gens et c'est pas bien. Parce que c'est pas notre rôle. Alors, je suis pas d'accord avec ça hein, mais ce que je veux dire par là c'est que au-delà de

ma consultation, le fait d'avoir après l'idée qu'on la pose en systématique, que ce soit par exemple les patients au cabinet d'autres médecins en fait, il y en a qui me disent, moi je n'ai jamais posé la question. Donc après ça peut poser un... la question à celui qui ne l'a pas posée par exemple, et soit y a « Ah c'est drôlement bien, t'as raison d'aller sur ce terrain-là, j'ai jamais osé y aller ou je suis pas capable d'y aller » ou « ça sert à rien, je trouve pas ça bien. » quoi. Dans les deux cas ça me pose pas de problème, enfin... Ça me pose pas de problème. D'avoir quelqu'un qui est pas d'accord avec ce type de pratique ça m'interroge, mais ça me pose pas de problème personnel en me disant faut que j'arrête de le faire, c'est ça que je veux dire.

Ça t'interroge parce que ?

Ah bah quelqu'un qui me dit « cette question-là, elle est intrusive », ça m'interroge sur la personne qui dit ça en fait. Parce que poser la question sur des violences, c'est pas être intrusif, c'est prendre en compte la dame en fait.

Donc ça m'interroge plutôt sur quels sont les freins de cette personne à dire un truc aussi violent que l'intrusion. Bon après, dans les lieux hospitaliers, la violence médicale, obstétricale, etc. c'est des choses qui sont évoquées aussi souvent. Donc peut-être que ça les met mal à l'aise parce qu'ils ont peur que dans la question ils soient impliqués aussi. Je sais pas, enfin c'est compliqué hein, cette question. Probablement, je me souviens [...] une thèse sur interroger le questionnement des médecins généralistes à leurs patientes et il y en avait une qui avait dit...

Alors y'en avait une qui avait dit « moi mes patientes elles ne sont jamais victimes, » genre les patientes elles ne sont jamais victimes. « J'ai pas besoin de leur poser la question ». Je trouvais ça complètement inadapté.

Et une autre qui avait dit « moi je pose pas la question parce que je ne sais pas quoi en faire. » Et au tout début je m'étais posée la question, je me disais mais quand même, c'est quand même raide de ne pas... de dire ça. Et en fait j'ai réfléchi, je me suis dit finalement on a le droit en tant que médecin aussi de ne pas être à l'aise sur cette situation mais après... Soit on peut décider de poser la question en disant si la réponse est oui j'oriente vers quelqu'un d'autre, mais pas poser la question du tout par contre ça m'interroge quand même. Après je comprends qu'il y ait des gens - et donc ce médecin qui dit « je pose pas la question parce que c'est trop intrusif » je pense que c'est juste un phénomène de résistance et/ou de protection. Parce qu'elle saura peut-être pas quoi en faire. Peut-être que... Après, je la connais pas. Peut-être qu'elle a vécu des trucs hyper compliqués dans sa vie qui font que si on lui posait la question à elle, elle trouverait ça intrusif, parce que peut-être que, je sais pas, elle a eu des choses compliquées dans son enfance et qu'elle aimerait pas qu'on lui pose la question.

J'ai eu une ou deux fois des patientes qui ont pas très bien réagi à ma question. Et donc au fur et à mesure de ces réactions, j'ai essayé de redéfinir pourquoi elles réagissaient mal et de peut-être modifier mon questionnement.

En fait, la question « est-ce que vous avez vécu des violences ? » Elle est nulle en fait. Il y a une espèce de petit enrobage qu'il faut faire pour préparer la personne. Parce que si on dit « Quels sont vos antécédents médicaux ? Quels sont vos antécédents chirurgicaux ? Vos allergies ? Vous avez déjà eu des enfants ? Et vous avez été victime d'inceste ? » C'est un peu violent, pour le coup.

Donc j'essaye d'être un petit peu plus enrobante en disant là je vais vous poser une question auquel vous... enfin... à laquelle vous n'êtes pas obligé de répondre en développant. Vous pouvez me dire oui ou non, même si c'est pas vrai. Enfin voilà, je laisse vraiment la porte ouverte et elles ont même le droit de me dire « non » alors que c'est « oui » en fait. C'est ok aussi quoi. Il y en a je pense qui disent non mais c'est oui. Ça c'est leur... Mais moi je leur ai ouvert la porte.

Je suis sortie de la question non ?

C'est pas grave, c'est aussi ça l'intérêt de l'entretien. Du coup on était encore sur le repérage, je disais que tu posais la question quasiment à chaque fois. Quasiment, qu'est-ce qui fait que des fois tu la poses pas. Enfin on a un peu parlé mais...

Ouais donc la première raison c'est ma disponibilité et on va dire ma météo personnelle du jour et à l'instant T. Je peux avoir posé la question toute la matinée et puis à un moment donné dans la journée je vais dire stop. Et puis après il y a des fois où je vais pas la poser parce que par exemple à l'hôpital, quand elles viennent pour une interruption de grossesse, c'est déjà tellement lourd leur vécu que balancer en plus, « est-ce que vous avez déjà vécu », ça peut paraître un peu lourd.

Alors après c'est un peu du pifomètre. Ça va vraiment dépendre de comment je sens la patiente, si elle est vraiment ancrée là avec nous, si elle est un petit peu distante, renfermée mutique. Quand elle est renfermée mutique, probablement il y a quelque chose qui se passe peut-être de l'ordre de la violence, mais je sais que je vais pouvoir la revoir ou je vais interpeller la conseillère avec qui je bosse, qui peut éventuellement la voir et puis qui verra des choses. Donc là je vais pas forcément la poser en marquant quand même dans le dossier « revoir les violences » ou par exemple « le conjoint est là et j'ai pas réussi à le faire sortir la revoir sans son conjoint. » Donc ça c'est là donc la météo, le moment, la situation...

Et après c'est vrai que ça m'est déjà arrivé de ne pas poser la question. Pourquoi... Pourquoi j'ai pas posé la question ? Parce que j'avais pas le temps, peut-être. Ce n'est pas forcément une question de météo du jour, je ne me sens pas forcément mal, je pourrais poser, mais j'ai

pas envie parce que... J'ai pas le temps. Enfin, j'ai pas le temps. Je ne veux pas prendre le temps.

En fait, j'ai envie de décider quand est-ce que je vais être en retard. Voilà. Ça, c'est un des trucs qui a été difficile, d'accepter, de pas... enfin de décider moi, si je prenais du retard en fonction du moment de la journée. Donc des fois je vais pas la poser parce que je suis en retard et que... Si, alors, je pourrais tenter le truc en disant j'ai une chance sur deux pour qu'elle me dise non. Et donc quand elle me dit non c'est cool mais au cas où elle dirait oui, c'est ce que je redisais tout à l'heure. C'est une question de temps. Je vais pas la poser parce que j'ai pas le temps. Ça paraît difficile à entendre mais...

Encore une fois, sur ce diplôme, il a bien été dit, comme on est tout seul dans nos cabinets, maintenant je m'autorise, en fait à lâcher sur l'idée que. Bah ouais, je vais pas faire pour tout le monde pareil et c'est ok aussi. Et il y a un moment forcément où je vais les recroiser, ou... Je me fais pas forcément de soucis. Et c'est même pas une question d'âge parce que ça m'est déjà arrivé de poser la question -

Il y a même une fois une dame de 88 ans, je lui ai même pas posé la question en fait, elle m'a déballé son truc direct. Des fois spontanément, ils en parlent eux-même, quand je pose pas la question. Donc voilà.

Et tu disais que, toi tu décidais de prendre le temps ou pas, et tu décides de... Enfin quand est-ce que t'acceptes ton retard et quand est-ce que t'acceptes pas ton retard, d'après ce que j'ai compris.

Ouais.

Et est-ce qu'il y a des choses qui influent sur ça ? Cette notion de retard, elle vient d'où ?

Le retard, il vient du fait aussi parce que j'ai décidé depuis quelque temps de prendre du temps pour mes patientes. Donc forcément quand je dis deux patientes par heure, des fois je déborde. C'est moi qui suis bavarde aussi. C'est-à-dire que... A partir du moment où on met le pied, là, principalement sur les violences, du coup, on n'est pas sur les suivis gynéco, enfin si, mais à partir du moment où je décide de dire je pose la question et que la personne dit oui et qu'elle accepte d'en parler, forcément je vais déjà passer dix minutes, un quart d'heure de plus sur cette consultation. Donc une consultation qui est déjà à une demi-heure, je vais passer à 40 voire 45 minutes. Donc il va déjà y avoir un quart d'heure de retard. Ça, ça me pose pas de souci si c'est moi qui décide. Ce qui est un peu normal.

Après quand je prends du retard et que j'ai l'impression de subir, parce que par exemple la patiente, elle va un peu s'installer... Dans cette consultation... Ce qui est ok aussi, c'est à dire

que en même temps, je lui ouvre la porte, à des questions ouvertes. Forcément elle va s'en saisir et il y en a qui s'en saisissent vraiment beaucoup.

Et dans ces cas-là, en fait, j'appelle ça des patients qui s'installent. C'est-à-dire qu'en fait, ben voilà, elles ont trouvé un lieu pour parler et en fait, elles vont parler beaucoup. Là, c'est un peu plus difficile pour moi parce que je subis davantage. Des fois, c'est difficile de reprendre le fil, mais avec l'expérience et le temps, j'y arrive. C'est-à-dire que j'arrive maintenant à trouver deux, trois phrases, pas qui va couper la parole, mais qui va rediriger en disant « je vous ai entendu, j'ai bien écouté, on va passer à la suite, etc. ». C'était quoi ta question ?

Je ne sais plus.

Tu étais sur le temps, quand on perdait du temps ?

Parce que tu disais que tu posais quasiment la question à chaque fois mais que du coup il y avait ce qui était personnel mais il y avait aussi ce manque de temps. Je te posais la question de quand tu décides de prendre le temps par rapport au retard. C'est la notion de retard.

C'est moi qui décide et si j'ai du retard, c'est pas grave. Quand c'est moi qui ai décidé, ça va. Quand c'est un retard subi, par exemple, parce que j'ai un problème informatique. C'est un problème d'ordonnance, de fusion de dossier, de je sais pas quoi. Ça, par contre, ça va être compliqué pour moi. C'est un retard que j'ai du mal à accepter. Mais si c'est un retard lié au médical, à l'explication que j'ai faite sur le psychotrauma ou la personne qui a pleuré, à qui j'ai donné des informations ou des conseils de lecture sur le trauma parce qu'elles vont pas avoir de psy. Je ne me sens pas en décalage, et en déficit.

Après, le retard, ça m'est déjà arrivé récemment d'avoir 45 minutes de retard, ça devient rare en fait, allez c'est dix minutes max et puis avec l'expérience et le temps j'arrive à recadrer assez rapidement.

Le retard c'est quand je sais que derrière je n'ai pas forcément des contraintes horaires tu vois ou que je suis avec une interne par exemple où j'ai besoin d'expliquer des choses, je sais que là je vais facilement dépasser d'une heure, une heure et demi parce qu'il y aura l'interne qui est là, alors je ne parle pas que des violences, je te parle de la consultation en général et puis qu'après elle aura des questions, des choses comme ça. Et voilà ça ne me pose pas tant de soucis que ça.

Tu dis qu'il y a des moments où il n'y a pas de contrainte horaire derrière, c'est quoi ces moments ?

C'est quand j'ai pas, enfin moi mes enfants sont grands, donc globalement j'ai pas mon sport à telle heure, j'ai mon conjoint qui va rentrer plus tard que moi donc je suis pas forcément

pressée. Et puis en changeant plus là vers la santé de la femme en fait, j'ai un peu moins cette urgence à rentrer parce que je pense que ce que je fais ça me plaît beaucoup. Donc j'ai un peu moins de difficultés à rester sur mon lieu de travail parce que quand t'as du sens plus que du temps perdu en fait t'es pas en déficit, d'être en retard c'est pas grave en fait. Et ça c'est un truc un peu plus récent qu'avant, quand j'étais en retard ça me mettait en déficit parce que j'avais l'impression d'être en retard sur ma vie perso. Là comme mon boulot tel que je l'ai mis en place il me plaît je me sens pas vraiment en déficit ou rarement. Je dis pas que ça m'arrive plus jamais. Mais... c'est beaucoup plus rare qu'avant. Donc, oui je suis en retard, mais je suis ok avec ça.

Et puis quand même j'ai aménagé mon agenda où deux patientes par heure, c'est quand même large. Quand j'en rajoute, c'est vraiment des trucs qui durent pas très longtemps et qui sont ok. Et si je finis à midi et demie au lieu de midi, ça reste raisonnable. Je finis pas non plus avec une heure et quart de retard. Et trois quarts d'heure ça reste quand même exceptionnel. Et à l'hôpital c'est pareil, on a quand même pas mal de temps. J'arrive même mieux à être à l'heure à l'hôpital qu'au cabinet.

Voilà.

Et t'as parlé de temps perdu. Qu'est-ce que tu veux dire par temps perdu ? Tu disais que avant tu trouvais que c'était du temps perdu.

Avant j'avais l'impression que... Ce retard que je prenais sur la consultation, il avait pas de sens. C'était un retard qui était... C'est bizarre, c'est vraiment personnel comme sentiment, mais je pense que c'est parce que probablement j'avais pas trouvé mon rythme ou la place que je voulais donner aux gens et que c'était eux qui me prenaient du temps. Le temps perdu c'est plutôt celui que j'aurais tendance à leur donner mais je suis pas tout à fait d'accord. C'est-à-dire que je subis ce temps perdu, enfin je subis ce temps pris, et pour moi c'est du temps perdu parce que c'est pas moi qui ai décidé.

Et en fait quand on décide pas du temps, mais ça c'est... je l'ai appris aussi avec le temps.

Quand je me suis installée, c'est tellement difficile au départ de gérer le temps quand personne nous a appris et qu'on s'installe. En fait tout ce temps où le patient s'installe et nous mange du temps sans que nous on l'ait décidé, c'est difficile à vivre en fait, on est tout le temps en décalage. Quand on décide de reprendre le pouvoir sur « c'est moi qui décide », quand je suis en retard, quand je suis pas en retard, ça donne pas le même sens. Et c'est plus du temps perdu. C'est bizarre parce que finalement, au final, je rentre à peu près aussi tard qu'avant, des fois, sur certaines journées, même si je suis censée finir plus tôt, mais je le vis pas pareil parce que c'est moi qui ai décidé. Et la différence, elle est énorme.

Quand c'est le patient qui décide, sauf si on est vraiment en kiff et qu'on a une super relation et qu'on sait qu'avec lui ça va pas poser de problème... Le patient qui nous fait perdre du

temps qui pose 15 000 questions et qui nous fait perdre un peu le fil, c'est le patient détestable entre guillemets hein. C'est pas méchant après lui, mais c'est le patient qu'on aime pas trop parce qu'il nous met en déficit personnel de temps. Et donc de temps perdu. Après le temps quand je finis avec une heure de retard, j'estime pas que c'est du temps perdu, c'est du temps que j'ai gagné à faire bien, enfin à ce que je pense avoir bien fait. C'est plutôt ça.

C'est un déficit de temps personnel en fait.

Ouais c'est plutôt, en fait le temps personnel que je prendrai, mais qui a du sens, c'est pas du temps perdu. Même si je finis plus tard et que même si mon conjoint me râle dessus en me disant, « t'étais censée finir tôt et tu finis tard. » Oui, mais ce que j'ai fait, ça avait du sens, ça m'a plu et ça m'a pas déplu de me retrouver comme ça. Et ça change tout, en fait.

Et d'ailleurs, je pense que les médecins qui finissent avec une heure et demie de retard, je pense qu'au bout du compte, si on les interrogeait, ils sont pas forcément contre. Sinon, ils finiraient en burnout, en craquage ou en dépression. Enfin, c'est difficile de finir avec une heure et demie de retard tous les jours sans en subir les conséquences.

Donc au final, je pense qu'il doit y avoir quelque chose qui se joue de « ça va, je ne suis pas pressée, ce n'est pas grave si je finis tard », après chacun est différent. Mais en tout cas moi, le temps... ouais. Et les fois où je dois partir plus tôt, bah je m'arrange pour finir plus tôt et effectivement il y a certaines consultations où je vais pas poser la question parce que je sais que le temps perso là, il est important.

Oui parce que tu disais que ça prend forcément plus de temps quand tu poses la question.

Ouais. À condition qu'elle dise oui. Enfin, arf... Cette question, elle est difficile parce que quand elles disent non, ça va vite hein. « Est-ce que vous avez des antécédents chirurgicaux ? non ? Est-ce que vous avez déjà vécu des violences ? non. » En fait, même en détaillant sur tout type de violences, des fois je vais même jusqu'à aller sur les violences professionnelles, médicales, obstétricales. Je vais vraiment aller chercher loin. Quand elles disent non, ça va vite.

Quand elles disent oui, ça peut aller vite parce que... Fin que j'exagère un peu, ça va pas tout le temps... Ça prend pas toujours beaucoup de temps quand elles disent oui parce qu'il y a quand même beaucoup de fois où c'est oui, mais en fait, il n'y a pas forcément besoin d'y passer du temps parce que c'est réglé.

Ce qui pourrait passer du temps, c'est quand il y a des violences actuelles où on sent qu'elles sont en difficulté ou que le problème médical est possiblement en lien avec une souffrance qu'elles vivent actuellement professionnelle, conjugale, enfin violences au sens large. Là ça peut prendre du temps parce qu'effectivement voilà. Mais après c'est pas non plus tout le

temps, tous les jours. D'ailleurs à [centre de santé de la femme], les consultations elles sont forcément hyper longues parce qu'on a quasiment une heure à chaque fois avec elles. Entre 40 minutes et une heure. Alors même quand ils nous mettent 40 minutes, c'est tout le temps des consultations qui vont durer une heure. Parce que. Alors, c'est encore un truc, j'ai pas dit au tout début, mais la [centre de santé de la femme] [...], c'est une pratique complètement différente de ce que je peux faire en pratique hospitalière et de ville parce qu'elles viennent dans un contexte de... Elles viennent pour ça en fait, elles viennent pour la prendre en charge. Donc c'est encore complètement différent.

Donc là, y'a même pas besoin de me poser la question, on sait qu'elles en ont vécu, donc c'est encore différent. Pour le coup, la gestion du temps, là, c'est encore complètement différent. Le temps, il s'étire. Parce qu'elles ont vraiment un instant long pour discuter. Et alors, bizarrement, même quand elles ont une heure, c'est assez facile de dépasser. Logique hein, mais pas que moi hein, les infirmières, les psychologues, les médecins, c'est un peu général. Parce qu'elles sont là pour ça et que le temps s'étire.

Et ça pose pas de problème en fait parce qu'on a trois patients dans la matinée quoi. Donc en fait, on a le temps. On prend le temps.

Oui parce que tu disais que l'enjeu principal c'était le manque de temps.

Oui au départ. Au départ oui.

Et le manque de temps par rapport à quoi ?

A l'hôpital quand ils mettent une consultation de 30 minutes sur une situation difficile et que justement la réponse va être oui, et qu'elles sont en situation difficile là ça va être très facile de déborder à trois quarts d'heure.

Et puis il y a toujours ce truc quand elles sont en difficulté, comme je disais la première situation, où ma première réflexion c'est de me dire est-ce qu'elle vit des violences. En fait la question quand elles ont vécu des violences mais qu'elles en vivent plus, on peut être rassurée sur leur état de sécurité mais par contre on n'est pas forcément rassurée sur leur état psychique, parce qu'elles sont pas forcément bien et en même temps, elles sont en sécurité. Le problème, c'est surtout quand elles sont en train de vivre des violences et qu'elles nous le disent. C'est surtout là que le temps va manquer.

Et globalement, à l'hôpital, l'interruption de grossesse, c'est quand même... Statistiquement, il y a beaucoup de femmes qui font une interruption de grossesse, qui vivent des violences, encore en cours. Donc le temps, il est sur ce sujet-là.

Après, sur le cabinet et l'hôpital et la patiente en général, il y a des patientes qui ont jamais vécu de violences et qui pour autant vont nous mettre dans le rouge en termes de temps, parce qu'elles vont s'installer bavarder d'autres choses. Il n'y a pas que les violences, elles

vont parler de leur vie professionnelle, de leurs enfants qui ont des soucis, de leurs soucis avec leur mari sans forcément de violence, de leurs soucis de santé.

En fait, oui, tout tourne.

L'histoire du temps, elle n'est pas que sur les questions des violences, en fait.

Elle peut être aussi sur la consultation en elle-même. Après, en médecine G, ou même en gynéco, il y a des patientes, elles ont... Sur une consultation de 30 minutes, c'est pas rare que j'aie des fois des patientes qui mettent plus de 10 minutes à... On met des fois plus de 10 minutes à récupérer tous leurs antécédents. Quand je dis 10 minutes, des fois c'est 15. Moi ça m'est déjà arrivé de laisser des internes récupérer les antécédents, j'arrive au bout de 20 minutes, on en est toujours aux antécédents. Et pourtant, la question des violences a pas été posée. Donc après, il y a pas que la question des violences qui prend du temps, il y a aussi la vie des gens, médicale quoi. Mais on sort du sujet aussi, peut-être.

Pas forcément, la thèse est sur la gestion du temps, dans le repérage des violences à la base mais oui. Et tout à l'heure tu as dit que c'était difficile de performer personnellement dans ces prises en charge. Qu'est-ce que tu voulais dire ?

Parce que performer, alors c'est un peu fort comme terme. En fait, c'est mieux planter une graine. Faut que je dise planter une graine. [...]

Et en fait, ce que je me suis rendu compte, c'est que, quand on a une situation d'une patiente, à qui on demande est-ce qu'elle a vécu des violences et qu'elle dit oui, et qu'elle les vit encore, il y a vraiment ce côté, on est toutes pareilles, on se sent investi d'une mission. Mais je pense que c'est quelque chose de l'ordre du conscient et de l'inconscient. Je pense que c'est les deux. Je suis là, j'ai posé la question, elle m'a dit oui. Qu'est-ce qu'il faut que je fasse tout de suite là, maintenant, que je sorte mon armure, mon glaive, mon épée pour pouvoir l'aider tout de suite. Tout à l'heure, la première chose que je t'ai dit, qu'est-ce que j'aurais fait si elle n'avait pas été en sécurité ? Je l'aurais pris chez moi. Évidemment, je ne l'aurais pas fait. Mais en fait, on a envie de se dire, chez nous, on est en sécurité, on a envie de trouver une solution alors que ce n'est pas à nous à trouver.

Donc en fait, performer dans ce sens-là, alors qu'en fait, on n'a pas forcément les moyens de le faire. Mais on a toujours envie de se dire, qu'est-ce que je peux apporter dans ma pièce, dans son édifice de difficulté pour l'aider, et alors si on pouvait en plus être LA personne qui va la sauver. Alors, là, c'est génial quoi, c'est comme ce... ce côté un peu super sauveuse, super héroïne et je pense qu'on a tous plus ou moins de se dire on va poser des questions, on nous remercie de l'avoir posée et si en plus on trouve une solution, on gagne le jackpot quoi. Il y a un côté un peu narcissique et puis un peu de fierté et d'égo personnel de se dire j'ai été utile. Et en plus on me dit que je lui ai sauvé la mise.

À la [centre de santé de la femme], il y a une femme là, que j'ai suivie pendant plusieurs mois, elle m'a dit « Merci, sans vous je n'y serais pas arrivée. » En réalité, elle y serait arrivée probablement sans moi et avec quelqu'un d'autre. C'est d'abord elle qui a réussi. Mais t'as cette petite satisfaction personnelle. Donc performer des fois, on a la situation, on se dit ce serait bien qu'elle ait un logement, une assistante sociale, une psychologue là tout de suite, parce que moi du coup je ne sais pas faire tout ça, et en fait bah on peut pas. Donc en fait, on ne performe pas. En fait il faudrait que je modifie le terme, il faudrait se dire je plante des graines en espérant qu'il y en ait une qui... et puis je m'entoure ou je donne des correspondants, ou je donne des pistes, ou je donne des outils au choix en fait. Et en une fois c'est pas possible.

On performait dans ce sens là - c'est peut-être un peu fort comme terme - C'est parce qu'en médecine on nous a toujours appris d'abord à traiter, à trouver une solution. En allopathie c'est symptômes, traitements quoi. Donc en psycho je pense qu'inconsciemment, on veut aussi faire pareil. C'est un défaut de vouloir performer, d'ailleurs, quand j'y pense. Enfin, de vouloir performer. De vouloir obligatoirement avoir un résultat, c'est ça que je veux dire, plutôt. Performer dans le sens d'avoir un résultat. Parce que la performance c'est, je fais un sport n'importe lequel et je veux être le premier. C'est bien. Mais des fois ça peut être à double tranchant. Et si t'y arrives pas, ça te dit que tu n'es pas performante. Tu vois ?

Et en fait l'idée c'est qu'il faudrait se dire on donne les moyens d'y arriver, l'obligation des moyens sans l'obligation des résultats. Il faudrait qu'on puisse toujours se dire on lui donne les moyens et les résultats on fera en sorte que ça arrive mais si ça arrive pas ce sera pas parce qu'on a mal performé tu vois. Mais c'est compliqué c'est comme dans les sports de haut niveau ou même la compète que tu fais en sport, t'as envie d'être la meilleure et des fois t'y arrives pas. Du coup tu te dis je suis nulle, en fait non t'es pas nulle, c'est juste que la personne était meilleure que toi, ou je sais pas. Donc c'était dans ce sens-là, performer, mais ce n'est pas forcément le meilleur terme.

Le meilleur terme serait accompagner au mieux par exemple, parce que performer ça donne un idée de résultat qu'on n'aura pas forcément.

Et en plus de ça, les femmes elles sont pas toujours prêtes à nous entendre, à nous... Enfin nous on a envie de les aider mais des fois elles sont pas prêtes à ce qu'on les aide ou elles ont pas envie ou le courant passe pas ou c'est pas le moment.

Et quand elles sont pas prêtes, qu'est-ce que tu fais ?

Pour le coup, là, je suis assez cool avec ça. Quand elles sont pas prêtes, je leur ouvre la porte en disant si un jour vous voulez en reparler, vous savez qu'il y a tel endroit. Alors quelque part,

c'est presque plus facile. Parce qu'en fait, elles veulent pas, c'est pas le moment, bah finalement c'est presque soulageant. Donc si elles sont pas prêtes, c'est pas grave.

C'est soulageant parce que ?

Parce que t'as pas à sortir ton panel de possibilités en se disant est-ce que tu vas réussir à lui donner le correspondant qui pourra l'aider. Parce qu'on sait bien que on est dans les situations, même quand on fait des signalements, même quand on interpelle, je sais pas, moi, l'assistante sociale ou une structure d'aide au logement, elles ont pas tout de suite la solution. Donc ça reste quand même quelque chose de... On n'a pas la baguette magique qui fait qu'elles vont toujours tout de suite trouver leur solution.

Et du coup, ça donne une charge mentale ou en tout cas une préoccupation. Je dis préoccupation, je dis pas inquiétude non plus parce que sinon on serait... Donc préoccupation, de se dire bon bah elle, elle est en difficulté, je lui ai donné des coordonnées mais elle va peut-être pas trouver une solution avant un ou deux mois.

Quand elle dit je suis pas prête, bon bah... Elles ont la porte, l'endroit où aller, et du coup ça laisse une petite respiration de se dire bon, ce sera plus compliqué quand elle reviendra mais pour l'instant je suis tranquille entre guillemets. Fin je suis tranquille tu vois... Là j'ai pas besoin de me préoccuper ça enlève cette... je dis pas que j'ai toujours envie qu'elle soit pas prête hein. Et puis y' en a qui ont pas besoin non plus. Parce qu'elles vont développer leur réseau toutes seules.

Est-ce que tu utilises des outils ou tu as des astuces pour repérer les violences ?

Alors, actuellement, j'utilise pas d'outils, alors je pose la question mais après... j'utilise pas d'outils après de quantification, tout ce qui est les échelles PCL, les BDI, ça c'est les dépressions, mais les échelles ACE, tout ça, de - d'évaluation des difficultés autour de la violence, ça c'est fait à la [centre de santé de la femme].

Moi dans mon cabinet et à l'hôpital, je le fais pas, je dépiste point. Mais les outils, je les utilise pas parce que là pour le coup, sortir l'outil de dépistage pour cibler davantage le psychotrauma, pour moi c'est une consultation à part, à la limite.

C'est marrant avec ton questionnaire, en y réfléchissant, ça vaudrait presque le coup sur certaines patientes en fait, comme la [centre de santé de la femme], elles ont une liste d'attente assez longue, de les reconvoquer pour ça.

Parce qu'en fait je me suis rendue compte en présentant mon récit de situation authentique en fait que, à vouloir voir un peu des violences partout en fait sur la situation que j'ai présenté j'avais supposé qu'il y avait des violences peut-être dans l'enfance mais j'ai pas rempli - je lui ai pas fait remplir d'échelle objective et quelque part si je l'avais rempli dans mon récit authentique j'aurais peut-être pas eu du jury, le... pas l'opposition, mais la réflexion de se dire

mais... « est-ce que vous êtes sûre qu'il y a vraiment un psychotrauma ou des symptômes de psychotrauma ? » Moi ça me paraissait évident, mais j'avais pas fait l'échelle.

J'utilise pas les échelles actuellement, mais si je devais le faire, ce serait sur un temps dédié parce que là, pour le coup, ça prend vraiment trop de temps. Il faudrait presque une demi-heure en plus. Il y en a qui sont rapides à remplir mais je pense que quand elles viennent pour un motif si en plus on leur rajoute quelque chose sans leur dire « il y a un temps dédié pour », je trouve ça pour le coup un peu violent. Ça fait un peu trop dans leur brouette. Comme quand je disais quand elles viennent pour leur IVG je vais pas forcément leur poser systématiquement la question d'emblée. Sauf si il y a des choses évidentes, ou si elles me le disent spontanément. Mais je vais pas aller chercher l'information si elles me le disent pas, parce que ça fait peut-être un peu trop. Peut-être que je me trompe, je dis pas que c'est ce qu'il faut faire, hein.

Et est-ce que tu utilises des outils sinon pour la gestion en ultérieur en fait ? Parce que comme tu disais ça prenait la charge mentale ?

Des outils après une fois que j'ai dépisté ? Alors après les outils en dehors des questionnaires, moi je leur donne quand même, merci, je pensais aux outils questionnaires mais il n'y a pas que ça qu'on utilise. Je leur donne assez facilement le nom des associations, déclic violence, le site du gouvernement, là gouv.fr, ils ont un super site sur les violences, je trouve qu'ils donnent des bonnes indications. J'ai noté suite à mon... Là, ça me revient pas, parce que ça me revient pas, mais j'ai noté différents sites qui sont assez faciles d'accès et qui expliquent un peu le psychotrauma, le cerveau, comment il fonctionne et puis là dernièrement alors c'est un peu par période, je leur proposais un bouquin. « Le trauma comment s'en sortir » là de Coraline Hingray je trouve que, je l'ai acheté je trouve qu'il est pas trop difficile à lire, il est plutôt ludique, il est sous forme d'image, par moment il y a des QR codes pour travailler les exercices, il y a des tableaux à remplir. Je trouve qu'il n'est pas trop pavé, un peu imbitable à lire pour les gens qui comprennent rien parce que même sur les sites, des fois il y a des gros pavés qui sont un peu...

Donc j'ai tendance à leur proposer des lectures. Il y a une BD... C'est un peu différent, ça c'est plutôt sur les pervers narcissiques, qui s'appellent « tant pis pour l'amour ». C'est une bande dessinée de 300 pages, mais avec des grosses bulles hyper bien faites, qui explique bien comment ça fonctionne. Les outils que je peux utiliser éventuellement pour les aider parce que souvent elles ont pas forcément l'argent pour aller voir un psychologue ou elles ont pas forcément le temps d'aller gérer leurs problèmes et pour autant on sent qu'elles ont envie. [centre de santé de la femme], il y a une grosse liste d'attente [...]

Et donc je peux leur proposer des outils internet ou de lecture et souvent elles sont assez preneuses. Alors après elles sont preneuses à l'instant T, je sais pas si elles vont le lire. Mais oui je peux leur proposer ça.

Et pour toi dans ta gestion à toi, est-ce que tu as des groupes de pair, est ce que tu fais des choses ?

Ouais moi j'ai un Balint une fois par mois, une supervision avec d'autres médecins généralistes. On va effectivement parler de nos difficultés de relations. Je parle pas trop de mes relations difficiles, des situations de violence, etc. Mais c'est quand même tous les mois. Et puis la [centre de santé de la femme], c'est une équipe où on va régulièrement échanger au moment de la pause déjeuner et ils font des supervisions de temps en temps aussi. [...] je peux pas tout le temps y être évidemment. Mais ouais, pour moi, je fais ça.

Après, j'ai un suivi perso-psycho depuis longtemps, maintenant ça fait 4 ou 5 ans.

C'est long et en même temps c'est utile. Alors lui, clairement, il m'a aidé dans plein de situations professionnelles, en fait, de gestion de l'autre, de gestion de la difficulté de l'autre, de la pression, exigence qu'un patient peut mettre en dehors des violences hein, en général. Et je continue à travailler avec lui parce qu'il a vraiment une façon d'aborder les choses qui, pour l'instant, me convient et qui, pour l'instant, m'est encore utile. Et puis peut-être encore un moment en psychothérapie, de toute façon. Ça peut durer un moment. Je me suis quand même bien cadrée là-dessus. Après il y a le personnel, le sport, se marrer un peu, voir les copines, sortir, avoir un conjoint un peu, pas trop chiant.

Ouais, les stratégies à moi c'est le sport, la détente, je dors beaucoup aussi. Quand j'ai besoin de décrocher, je dors. Et puis ouais, supervision.

On sait que ça nécessite du temps de repérer les violences. Toi tu fais comme... Bon en fait finalement on a déjà pas assez parlé peut être mais... Est-ce que tu veux revenir là-dessus ?

Sur comment je fais ? J'en aménage et quand je déborde c'est ok et quand c'est pas ok je recadre. C'est ça, c'est-à-dire que j'essaye de faire en sorte pour le temps que ce soit toujours moi qui décide. C'est un peu ça le truc, j'ai découvert avec le temps que quand j'ai commencé, j'avais pas eu un peu le cadre de comment mener une consultation, comment faire pour ne pas se faire déborder. Et au fur et à mesure je l'ai appris à mes dépens. C'est-à-dire que je me suis mise en difficulté, j'ai pas été bien. Et puis à force de faire des supervisions, de confronter d'autres confrères, d'avoir un suivi psycho un peu moi-même pour gérer mes propres... difficultés ou failles hein, parce qu'en fait, chacun est différent, je me suis dit je peux décider quel est mon cadre et ça fait pas moi de quelqu'un de rigide ou inadapté ou de méchant, c'est juste ok. Et ça, il m'a fallu plusieurs années...

Globalement c'est ça, je prends le temps, je l'aménage, si je déborde c'est ok, et si c'est pas ok je redirige.

Donc ce serait ça tes astuces, quand tu décides de prendre le temps ? Est-ce que tu en as d'autres ?

Est-ce que j'en ai d'autres ? Non bah en fait, c'est ça. De toute façon, le premier élément, c'est... Moi, ce qui m'a vraiment changé, c'est de dire, déjà, au lieu de mettre un quart d'heure ou 20 minutes, pour tout ce qui était gynéco-pédiatrie, c'était 30 minutes. Déjà, là, en 30 minutes, il se passe pas mal de choses.

Et après, de se dire, si ça déborde, c'est OK, parce qu'en fait, j'ai que deux patientes par heure, je m'aménage des pauses, donc s'aménager du temps.

Et puis après d'autres astuces pour le temps... Alors si, il y a un truc qu'il faudrait que je développe peut-être plus c'est trouver ce fameux réseau en fait de personnes vers qui - fin - sur qui m'appuyer, ça, j'ai probablement pas encore assez. Des personnes ou un réseau sur qui m'appuyer pour justement alléger encore ce moment. Avoir quelqu'un qui puisse répondre à une demande immédiate de... Je sais pas moi, comme à [centre de santé de la femme], elles ont des consultations de psychoéducation. Avoir quelqu'un qui se dit, bah voilà, je vous oriente vers quelqu'un là il peut vous prendre demain. Ça, ça existe pas encore, enfin j'ai pas. J'ai pas trouvé. Et puis probablement l'idéal ce serait, mais ça j'ai pas encore non plus, pourquoi pas travailler avec un psychologue dans la maison de santé par exemple, ou à [...], utiliser quelqu'un comme l'infirmière Asalée qui puisse recevoir la patiente comme moi j'ai à l'hôpital la conseillère. La conseillère, [...] globalement quand elle est là, quand je suis en déficit de temps, que j'ai l'impression que ça va être compliqué, je dis bah voilà vous avez un rendez-vous possible avec cette dame et elle, elle prend une heure. Et donc voilà quoi.

Voilà.

Et bon, je pense qu'on en a déjà balayé des choses mais je te repose la question quand même. Est-ce que vous avez des stratégies de gestion du temps en particulier sur les violences ?

Alors stratégie de gestion du temps, c'est ce que je viens de dire. Mettre un temps dédié de 30 minutes, c'est déjà énorme. Et puis reconvoquer. En fait, reconvoquer... À l'hôpital, c'est facile parce qu'on va les revoir de toute façon, mais c'est le meilleur moyen de... Dégager du temps.

Et la troisième chose c'est orienter. Ça c'est dégager du temps mais du coup c'est pas que moi. Parce que, c'est ce que je disais tout à l'heure on a le côté un peu c'est moi moi moi, mais non en fait. En fait apprendre à déléguer, orienter ça c'est un truc qu'il faut vraiment faire parce qu'on n'est pas des psychologues, on n'est pas des psychiatres. Moi j'ai des notions en

psychotrauma, psychoéduc mais je suis pas psychologue non plus. Et les psychologues et les infirmières qui sont formées à ça à [centre de santé de la femme], elles font vraiment que ça. Et pour le coup elles sont performantes.

On parle de performer encore. Et pour le coup elles, leur but c'est ça. C'est-à-dire que là le résultat attendu c'est leur apprendre des choses.

Et tu as dit 30 minutes c'est déjà un temps énorme, énorme par rapport à ?

Par rapport à ce qu'on attend d'un médecin généraliste parce que... voilà, si j'étais psychologue ou psychiatre demain, je prendrais 45 minutes à une heure par patient. Mais 30 minutes à l'heure actuelle en médecine générale c'est quand même assez rare donc oui c'est énorme. Dans ce qu'on a à faire en tant que médecin si je reconvoque juste pour faire des échelles PCL etc en fait, je vais passer 30 minutes là-dessus.

Mais pour tout ce qu'on nous demande en tant que médecin pour une patiente qui vient sur une IVG, au-delà de la question des violences faites aux femmes, sur la prise en charge médicale d'un côté, et puis prise en charge psychologique de l'autre. Donc 30 minutes, c'est... À la fois, c'est pas assez parce qu'on a beaucoup à gérer et en même temps, c'est énorme sur une journée parce que si on devait passer 3 quart d'heures par patient au cabinet comme à l'hôpital, en fait, on nous dirait « mais vous êtes pas rentables ». D'ailleurs, en cabinet, je ne suis pas extrêmement rentable. Après, c'est mon choix. À l'hôpital, c'est pareil, on est payé pareil. Globalement, la majorité des médecins font 20 minutes, 30 minutes, 20 à 30 minutes. Mais c'est long par rapport à notre statut. Parce qu'on attend de nous, globalement.

Parce que, tu parles de ce qu'on attend de nous, ça veut dire quoi ?

Ah bah, attends, ça veut dire quoi ? On attend quoi ? En tant que médecin généraliste, que ce soit à l'hôpital ou en cabinet, clairement on s'attend à...

Que ce soit les patients ou la sécurité sociale ou à l'hôpital, mes chefs, en fait, ils s'attendent pas à ce que je vois trois patients par demi-journée, en fait. Ils s'attendent à ce que je fasse de la consultation et que je voie du monde.

Je vais te donner un exemple, une sage-femme qui fait un suivi de grossesse à l'hôpital, c'est 45 minutes. On demande la même chose pour une gynéco-obstétricienne, on lui demande la même chose en 20 minutes. Il y a quand même une pression sur le médecin qu'il y a pas forcément sur les autres spécialités.

Après, à la fois c'est logique parce qu'on a quand même un côté médical, on nous demande quand même de gérer un problème médical, on nous demande pas de gérer un problème psy. Et c'est pour ça que la question des violences, elle est compliquée dans notre statut. Et qu'il faut déléguer rapidement, d'une certaine façon, c'est que, notre rôle, ce n'est pas non plus d'installer la patiente sur une situation de consultation et de répéter ça.

On dépiste, on prend du temps parce qu'on donne les informations, ça, ça prend du temps mais après normalement c'est plus censé être nous.

Mais 30 minutes globalement tu poses la question à plein de cabinets autour je pense que je dois être... Peut-être je me trompe, je suis pas remplaçante et tu me diras mieux que moi mais j'ai pas l'impression qu'il y a beaucoup de patients, de médecins qui mettent 30 minutes, deux patients par heure, ou alors ils prennent beaucoup de retard, enfin ils remplissent mais ils vont passer du temps comme moi et pour le coup ils vont s'y retrouver avec une heure ou une heure et quart de retard à la fin de la journée. Si on leur met toutes les 15-20 minutes mais qu'ils passent une demi-heure à chaque patient sans pouvoir rattraper le temps, ça va décaler d'autres en contre. Donc ouais, 30 minutes c'est long dans ce qu'on nous demande.

Et on nous demande du coup de voir beaucoup de monde, c'est ça ?

Ouais alors quand je dis « On », moi aussi d'une certaine façon, c'est-à-dire que la satisfaction du travail c'est d'avoir pu voir pas mal de... Enfin pas mal. D'avoir pu voir un certain nombre de personnes dans la journée.

En libéral il y a quand même le nerf de la guerre c'est de payer ses charges. Si demain je vois que cinq patients par demi-journée, je peux pas rester au cabinet, j'ai des charges. Ou alors il faut que je... ouais enfin bref.

Il y a l'idée qu'il faut voir un certain nombre de patients pour payer ses charges, et faire du bon travail. Au-delà de 30 minutes je pense qu'on est déficitaire. Ou alors il faut qu'on ait pas trop de charges à côté quoi. C'est un calcul à faire quoi. Moi 30 minutes je trouve que c'est bien parce qu'on a pas mal de choses à voir et on n'est pas des psychologues, et quand je dépasse 40 à 45 minutes c'est parce que la situation l'a exigé et que c'est moi qui ai décidé. 30 minutes ça me paraît correct. Et des fois ça pourrait être 20, pour le coup y a des fois ça va très vite.

On nous demande, on se demande nous-mêmes, la question elle est pas... Il y a pas « une » personne qui nous demande en fait. Y a « nous », parce que tu pourrais très bien dire « Bah non mais moi je ne veux pas rentrer dans le système de je m'installe et je vois 20 patients au jour. Moi je veux voir 15 patients jour. Et donc je fais ma vie personnelle autour pour ne pas avoir trop de charges et voir 15 patients au jour. » Ça se fait aussi hein.

Après le problème c'est de mettre le pied dans l'engrenage de : je vois 20 patients jour et après rétro-pédaler, ça, c'est compliqué. Parce que tes charges derrière elles...

À l'hôpital c'est pas la même chose. À l'hôpital comme t'es payé pareil quelque part c'est différent. Ce qui va mettre la pression pour voir plus de monde c'est les secrétaires et ta chef qui veut pas non plus que tu vois 5 patients par demi-journée. Ce qui est plutôt logique aussi. Comme on n'est pas assez de médecins. Si on était plein de médecins il y aurait pas de problème mais comme on n'est pas assez on va pas commencer à dire « les médecins ; voyez 10 patients par jour et ça suffira. » C'est impossible en fait. On va avoir 9 mois de délai.

Tu as parlé de pression et de ce qu'on a à faire. Du coup, c'est ça, c'est que... On ne peut pas se permettre de voir que neuf patients par jour parce que...

Parce qu'il y a une demande derrière qui est importante, de soins. Il y a 40 ans les médecins ils travaillaient le dimanche pour pouvoir fidéliser les patients. Quand je dis 40 ans, même avant ça parce que [...] en 2007, je voyais cinq patients dans la journée. On était énormément de médecins. En fait il fallait proposer des horaires qui puissent satisfaire le patient, quitte à ce que ce soit le dimanche ou le soir à 19 ou 20 heures, pour pouvoir en fidéliser quelques-uns, mais ça c'est plus possible en fait.

Et actuellement il y a tellement de demandes que si on veut, on est quand même une fonction de premier recours quand même aussi. En fait, y a ça aussi, c'est que... on n'est pas une spécialité de deuxième recours, on est une spécialité de premier recours. Donc à ce titre, il faut que tu rendes un service.

D'ailleurs, la sécurité sociale et le gouvernement nous le font bien comprendre. Il faudrait avoir 6 patients par heure pour faire du bon boulot. Après, c'est pas, pour moi, c'est pas du bon boulot. Mais globalement, on est un peu tiraillés entre il faudrait faire comme ça, entre ce que nous on estime qu'il faut faire.

L'idéal ce serait d'arriver à bien vivre correctement en voyant 15 par jour, parce que tu ferais forcément du bon travail, tu serais pas fatiguée, tu prendrais le temps avec chaque patient, mais ça c'est idéal quoi. C'est très utopique.

Pourquoi tu dis il faudrait qu'on voie 6 patients par heure ?

Là actuellement parce qu'on n'est pas assez de... Par rapport à la demande on n'est pas assez de médecins et clairement si on veut satisfaire tous les patients qui ont pas de médecins, il faudrait augmenter sa quantité de travail. C'est mathématique en fait.

Y a encore, moi quand je me suis installée, y avait quand même des patients, dont d'autres médecins se débarrassaient parce que ça passait pas, ils disaient « Bah allez voir le docteur [...] qui venait de s'installer, vous verrez c'est super. » Fin voilà, et si je convenais pas aux patients, ils pouvaient changer du jour au lendemain. Et il y en a qui changeaient de médecin tous les trois mois sur une année parce que c'était possible à l'époque. Parce qu'on était plus nombreux.

Donc quand on dit il faudrait, c'est parce qu'ils ont bien noté que, y a plus assez de médecins par rapport au nombre de consultations, donc en fait il faudrait pour satisfaire la population bosser davantage.

Ça veut pas dire qu'il faut le faire, ça veut dire qu'ils aimeraient bien qu'on le fasse. Et ils nous poussent à le faire. Quand ils rémunèrent... la ROSP là, quand ils proposent des rémunérations aux objectifs, quelque part, on est valorisé par la sécurité sociale quand on a

beaucoup de patients, quand on voit des patients en urgence d'autres cabinets, on a la rémunération SAS en plus, quand on prend des nouveaux patients, on a une facturation plus importante. Ils font tout pour qu'on en voit plus. C'est l'histoire de la carotte en, ils vont donner une carotte, ils nous payent plus. Puis après, comme le patient est avec nous, on est obligé de le garder. C'est à double tranchant. Parce que ça nous oblige à prendre beaucoup de patients et à forcément moins bien les gérer. Parce qu'après les journées, elles font toujours le même nombre d'heures quoi.

Donc il faudrait, mais 30 minutes c'est bien.

En finissant pas trop tard parce qu'on n'a pas parlé des horaires mais globalement au cabinet j'ai déjà fini à rentrer chez moi à 21h30 là. Là, pas récemment, mais quand je me suis installée. Et là, quand je rentre après 19h30, je suis pas forcément bien. Parce que voilà, j'ai dit, c'est pas très grave si je finis avec un peu de retard, mais c'est pas non plus question d'arriver chez moi au moment où j'ai plus de soirées pour moi quoi.

Donc maintenant, l'idéal, c'est 19h30 max, et si c'est 18h30, c'est génial. En plus de ça, on a modifié aussi nos créneaux pour ça. 21h30, c'est l'enfer. 21h30, tu rentres chez toi, t'as plus trop de temps d'aller boire un coup avec tes copines parce que t'es crevée, et à 8h le lendemain matin, moins de 12h après, ça je l'ai fait, c'est impossible sur la durée.

Et c'est ce qu'ils voudraient qu'on fasse.

Et tu disais pour vivre correctement ? C'est pas possible ?

De bosser beaucoup ?

Je sais plus ce qu'il en était, je crois que tu disais pour vivre correctement ?

Après, sauf si t'es vraiment passionné, passionné à fond et que ton boulot c'est ta vie.

Pour moi bosser 12 heures 15 heures par jour au cabinet à régler les problèmes de gens c'est pas possible si on n'a pas à côté son sport, son conjoint, ses enfants, ses amis, sa supervision, son psy, ses moments off.

Pour moi, pour durer longtemps, il faut ménager la monture.

Donc il faut travailler sur un temps... ça reste quand même du 10 heures par jour. Le 8h-18h, c'est quand même 10 heures et souvent entre midi et 2, on prend pas 2 heures de pause, on répond à des appels, etc. Donc 10 heures par jour, c'est déjà énorme mais c'est pas 12 ou 15. Le 8h-21h30 c'est quand même beaucoup plus.

Après c'est mon point de vue, c'est-à-dire que peut-être que les gens qui font de la consultation non programmée sur les centres de santé comme [...]. Peut-être que lui, en fait, il y a gagné en qualité de vie parce que du coup, il a plus ce côté charge mentale de la gestion du patient dans son ensemble. Il a perdu en... Alors, je pense pas qu'il ait perdu en qualité de travail parce que c'est vraiment un très bon médecin, mais par contre, on lui demande d'aller plus

vite. Et surtout, il a pas la charge de s'en occuper après. Et donc, il a gagné en qualité de vie. Parce qu'il est plus souvent chez lui. Quand il est au boulot, il y est de 8h à 21h, par exemple, ou il est de garde, etc. Par contre, les jours où il est chez lui, il est vraiment chez lui. Par contre toi, quand tu bosses... Moi, je bosse 5 jours par semaine, plus un samedi sur deux, bah globalement, mon cerveau, il est toujours au boulot, en fait. Il décroche jamais. Et moi, dans ma façon de faire, soit il faut une journée off par semaine soit il faut de temps en temps terminer à 5 heures ou 5 heures et demi pour avoir l'impression de faire des choses après quoi et pouvoir aller chercher ta viande avant 19h30 parce que la majorité des commerces ferment tu peux pas aller chercher ta viande après 19h30 quoi. Mais après c'est personnel hein.

Moi je vois pas ça comme quelque chose de positif de bosser 60 heures par semaine et faire que ça. En plus on finit par plus écouter les gens, par les détester ou de plus avoir d'estime pour eux parce qu'on n'a plus de temps off. Le temps off ça permet quand même de se ressourcer hein. De se dire qu'il y a pas que des problèmes de... Après tous les gens qui viennent me voir ont pas forcément des problèmes. Il y en a qui vont très bien. Ils viennent pour un suivi. Mais quand même ils viennent déposer des choses où, c'est pas toujours marrant.

Je me suis encore perdue, hein, je sais plus ce que je disais.

On parlait de la notion de vivre correctement et du coup pour toi c'est vivre correctement sur le perso mais est-ce qu'il y a un autre côté du vivre correctement par exemple, financier parce que, tu as parlé de rentabilité à un moment donné ?

Après alors moi qui ai connu, alors du coup là t'interroges un médecin qui a déjà un petit peu de bouteille donc en fait j'ai un peu vécu des trucs. Je me suis rendue compte qu'il y a un moment donné où quand t'es jeune, tu as l'impression que...

Moi, du coup, je suis d'une génération où, quand on était un bon médecin, on voyait 30 ou 35 patients par jour. Parce que mes pairs, ils faisaient ça. Quand je suis arrivée, ils avaient tous... Enfin moi, j'avais 30 ans, ils en avaient 50, et t'avais l'impression que la bonne médecine, c'était ça. Et puis au fur et à mesure, je me suis rendue compte que ce n'était pas ce que je voulais faire. Mais globalement, au début, quand tu vois 30 patients par jour, ben t'as de l'argent qui rentre.

Et quand tu veux rétro pédaler, ça devient très compliqué parce que tes charges, elles tombent. Là, ça va, on est à N plus 1. Mais il y a un moment donné, on a été à N plus 2 sur les charges. C'est-à-dire que tu payais tes charges des deux ans avant. Donc quand tu disais t'essayais de rétro pédaler, tu étais là, mais comment je vais faire pour payer mes charges ? Donc en fait, financièrement parlant, moi, j'essaye de dire à mes internes, démarrez doucement, un peu comme tu fais toi, en fait. C'est-à-dire, mettez pas... Je suis super énergique, machin, parce que sur les charges, quand on s'installe, c'est compliqué. Donc le côté financier, il y joue. Il

suffit que t'aies une maison à rembourser, des enfants qui grandissent, des études à payer. Forcément, c'est un peu le nerf de la guerre. Et dès que tu mets un niveau de vie élevé avec des remboursements mensuels de logements à rembourser haut, ou que, je sais pas moi, c'est pas mon cas, mais t'inscrives ta gamine à l'équitation, bah en fait t'es obligé de travailler pour assurer un certain niveau de vie.

Et ça, je pense qu'il y a des médecins qui se coincent là-dedans et moi il y a quand même quelques fois où je voulais rétro-pédaler où j'ai eu du mal. Je me suis dit putain c'est chaud de rétro-pédaler parce que mes charges j'arrive plus à les payer.

Donc il y a ça et puis pour moi bien vivre dans ma fonction de médecin c'est vraiment ce que j'ai dit au début, c'est à dire pour moi on peut pas bien vivre sa profession si on n'a pas du sens dans le travail qu'on fait de 8h le matin à 18h le soir.

Donc, trouver son cadre, son biorythme, ça je l'ai appris sur le tard. Son biorythme de travail, en fait. Moi je suis plutôt du matin pas trop de l'après-midi, ça sert à rien d'aller bosser jusqu'à 21h si mon cerveau il fonctionne pas. Donc en fait, je vais plutôt commencer à 8h, c'est plutôt mon kiff, et finir tôt, plutôt que de commencer à 9h et finir tard.

Après, voilà, c'est faire attention au financier, pas mettre le pied dans un engrenage où tu vas pas sortir. Trouver ton cadre de... ton biorythme, en fait, et c'est OK si c'est pas le même que le voisin, parce qu'il y a ça aussi, c'est... « *souffle* J'en vois 30, alors que l'autre, il en voit 40, je suis un mauvais médecin. » En fait trouver ton biorythme et ta façon de travailler, donc avoir du sens dans ce que tu fais, c'est à dire que dans la journée tu te sens bien dans ce que tu fais et tu reprends d'énergie à chaque fois que tu le fais.

J'ai eu une période où ça me fatiguait, bah en fait je me suis posé la question pourquoi ce boulot me fatigue. Quand tu réfléchis et que tu dis je vais déplaquer, je suis en burnout, c'est qu'il y a quelque chose qui s'est passé où t'es plus dans le cadre, t'es plus dans le rythme, donc comment faire pour retrouver le rythme ? Donc le rythme, en tout cas le sens plutôt.

Et la troisième chose, moi je suis... On le dit souvent aux étudiants qui passent leur thèse, mais c'est tellement vrai, il y a le boulot, c'est génial de s'épanouir là-dedans, mais bon sang de bonsoir, il y a le perso en fait. Et pour moi, avoir que du boulot, - c'est mon point de vue hein, c'est pas forcément - Sans le perso à côté qui est pas aussi équilibré, c'est compliqué. Donc activité pas forcément physique. Loisirs, sportifs, détente, rigoler, avoir un équilibre familial, amical. Enfin après, on y met ce qu'on veut, on peut très bien être un médecin heureux tout seul, c'est pas le problème. Mais en tout cas, y a forcément... La majorité des médecins, j'ai remarqué, ils ont quand même souvent des hobbies, il y en a qui font de la musique, il y en a qui font du sport, il y en a qui font d'autres activités à côté. Après t'en auras toujours qui font rien de tout ça et que la médecine, mais je suis pas sûre que ce soit ceux qui vont le mieux.

Et la dernière chose, moi je reste persuadée, mais ça c'est mon avis. En tout cas au début ou en tout cas au moment dans ta vie, il faut soit faire des supervisions et ou avoir un accompagnement psy. Je pense pas qu'on puisse être des bons soignants si on se soigne pas soi-même sur des choses qu'on aurait pu vivre ou traverser. Et ça en fac de médecine on nous apprend pas trop à prendre soin de soi. Donc voilà, je pense que j'ai résumé ce que je pense.

Ça marche. Bon je pense qu'on a fait un peu le tour mais du coup dans les questions j'avais : est-ce que tu as des stratégies de gestion du temps en général ? Est-ce que t'as des choses à ajouter ou à résumer peut-être ?

Oui, ce que j'ai fait au cabinet, ce que j'ai pas dit, c'est que pour éviter de me faire déborder avec un agenda un peu trop strict, accessible aux secrétaires par exemple, il y a des plages auxquelles elles ont pas accès du tout. Donc quand je dis deux patients par heure, des fois quand c'est des patientes que je vois, que je sais que ça va durer un peu moins d'une demi-heure, je m'autorise à rajouter. Et ça c'est carrément une liberté que je me prenais pas avant. Donc en fait il y a plein de créneaux cachés.

Par exemple les samedi, j'ouvre un peu au dernier moment où je vais choisir qui je vois ou qui je rajoute. Ça m'arrive de mettre des créneaux à 18h20 alors que je suis pas censée en mettre. Quand je sens que c'est bon. Ça c'est un truc qui me permet de ne pas trop me sentir débordée par le temps.

Et maintenant je décide de pas dépasser 25 patients au jour max. En général je suis souvent à moins de 20, je suis autour de 20.

Ça c'est la deuxième façon de bien gérer mon temps.

Et à l'hôpital, ah oui, dernier truc, comme je suis sur deux lieux, je me suis rendue compte que je passais beaucoup de temps, quand je suis à l'hôpital à voir mes messages de cabinet, tu as déjà dû me voir parfois interagir, et quand je suis au cabinet, répondre à des messages à l'hôpital.

Et ça j'ai décidé d'arrêter parce que ça... Justement ça fait perdre du temps et ça me chargeait la brouette mentale de rajouter des trucs donc ça je le fais plus non plus donc quand je suis à un endroit j'y suis et puis le reste... On verra.

Est-ce que tu as des stratégies du coup pour gérer ta journée ?

Le temps ? Oui. Bah c'est ça, c'est des créneaux à l'hôpital, j'appelle ça les créneaux sur accord un peu comme j'ai, les créneaux cachés. Oui, au jour le jour c'est ça.

Pour voir tout le monde ou les reconvoquer ?

Comment je fais pour voir tout le monde ?

Pour voir tout le monde, je joue un peu sur le côté hôpital-cabinet. J'ai ces fameux créneaux cachés. Et puis pour les reconvoquer, c'est pareil. En fait, je crois que le truc, c'est les créneaux cachés. C'est vraiment des créneaux connus de moi-même. J'ai réduit un cadre pour pouvoir l'élargir. J'ai fait un cadre plus petit pour pouvoir déborder de ce cadre.

Mais encore une fois, l'idée c'est de pas subir ça va revenir un petit peu, l'idée c'est d'arrêter de subir comme j'ai pu faire et de prendre un peu le pouvoir sur ce qui me convient.

Secondairement si ça me convient ça conviendra aux patients. Ouais, voilà c'est ça en gestion du temps.

On a beaucoup lu dans la littérature que les médecins généralistes ils n'ont pas le temps de poser la question des violences. Qu'est-ce que tu en penses de ça ?

Euh... Ça dépend quel exercice tu décides d'avoir vraiment. Si j'avais gardé l'exercice d'avant, mais que ce soit médecine générale ou santé de la femme, globalement c'est la même chose. Parce que maintenant santé de la femme je peux vite être débordée.

En fait, c'est pas une question de santé de la femme, médecine générale. C'est vraiment global. Ça dépend du temps que tu décides d'avoir, pour moi.

Quand on dit les généralistes n'ont pas le temps, c'est ce que je te disais tout à l'heure.

Qu'est-ce qu'on exige de nous ? Qu'est-ce qu'on devrait faire ? Et qu'est-ce que nous, on décide de faire ? Si on décide d'y passer du temps, on peut le faire en fait. Mais ça, pour moi, c'est pas qu'une question de « on n'a pas le temps », c'est une question de décision de prendre le temps. Donc en fait, moi je vais reformuler autrement, et ça dit pas du mal des autres médecins qui le font pas, je pense que la question c'est « est-ce que vous décidez dans votre pratique de prendre le temps de poser la question ? » C'est plutôt dans ce sens-là. Mais dire « j'ai pas le temps de poser la question », pour moi, c'est une partie de la réponse, mais qui ne correspond pas à une vraie réalité. C'est parce que tu as décidé que tu voulais voir 30 patients rapidement et que tu pouvais pas te permettre de poser la question. Du coup, c'est pas pareil. C'est qu'en fait, c'est pas, t'as pas le temps. Tu prends pas le temps parce que tu décides de faire autrement.

Je pense qu'en centre de soins non programmés, évidemment, ils vont pas poser la question. Les gens viennent pour un problème aigu et c'est pas leur rôle. Mais dans une médecine générale, pour moi, la question est posable. Et - Ah oui, c'est ça que je voulais dire aussi.

Avec le temps, on peut, - alors pour le coup, - performer. On peut performer pour apprendre au fur et à mesure dans l'apprentissage, parce que ça se fait pas du jour au lendemain, entre avant quand je posais des questions et maintenant, il y a vraiment eu un gap d'amélioration sur la gestion du temps. C'est-à-dire que plus on avance dans le temps, plus on sait répondre à différentes situations, et plus on va apprendre à gagner, enfin, en tout cas, pas perdre de temps. C'est-à-dire que je suis capable maintenant, sur une demi-heure, d'aborder plein de

choses et d'aborder la question de violence. Et ça me prend pas toujours 40 ou 45 minutes. Des fois quand ça prend 40 ou 45 minutes, c'est des situations extrêmement complexes. Mais sur des questions des fois où il y a de la violence, j'ai appris à gérer la chose. Ça s'apprend en fait.

Au début, comme tout jeune médecin, au début tu perds du temps parce que t'as pas l'habitude du logiciel, le patient tu le connais pas bien, t'as peur de te planter, donc du coup tu vas multiplier les questions etc. Et puis en fait au fur et à mesure que tu vas soit reconvoquer les patients, soit t'améliorer dans ta pratique, tu vas apprendre à tasser. Donc pour répondre à ta question, quand on dit les médecins ont pas le temps, non. Les médecins ne prennent pas le temps. Ils peuvent apprendre à le faire.

Qu'est-ce qui fait qu'ils le prennent pas ?

Parce que probablement ça remue des choses et qu'il faut vraiment bien avoir réfléchi à la réponse qu'on va entendre. Donc il faut s'être préparé en fait. Et puis après, il y en a que s'intéressent pas. Même si c'est bête parce que ça fait partie de la prise en charge, mais il y a des gens clairement ça les intéressent pas. Pourquoi on pose pas la question ? Parce qu'on n'est pas intéressé, parce qu'on croit que ça n'existe pas, parce qu'on n'est pas formé. Pourquoi on ne pose pas la question ? Parce qu'on n'a pas envie. Et parce que, on a la fausse idée que ça fait perdre du temps. Je pense, enfin la fausse idée. Toute consultation va faire perdre du temps mais je suis sûre qu'il y a des patients qui ont pas vécu de violence qui font perdre autant de temps. En fait, il y a des patients, ils vont être chronophages pour d'autres raisons médicales.

Donc en fait, dire que, on n'a pas le temps ou que ça va faire perdre du temps, pour moi c'est une fausse idée. Je dis pas que c'est une fausse réponse, c'est juste qu'ils ont pas forcément l'idée, mais parce qu'ils connaissent pas. Mais tout comme moi, au début je connaissais pas, j'avais peur de poser la question parce que j'avais peur de la réponse.

Après quand on sait comment gérer, ça se passe bien. Il ne faut pas se sentir bloqué.

Est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Non, je me dis que c'est un questionnaire hyper fourni. Tu vas mettre un temps fou à retranscrire. Non, j'ai pas d'autres questions, c'est hyper intéressant.

Alors ce qui est intéressant, c'est que ça m'a donné deux, trois idées dans tes questions. Moi j'aime bien l'idée d'améliorer l'améliorable. Et je pense que dans les questions des violences faites aux femmes, je pense que je pourrais probablement, si la personne répond par le positif et qu'elle est d'accord, peut-être les reconvoquer pour faire un point plus objectif sur la situation clinique de ces violences en fait. Peut-être passer un peu plus de temps sur les outils possibles. Et ça, jusqu'à maintenant, j'y avais pas pensé. Et c'est plutôt positif parce que ça

permet de réduire encore la tension qu'on peut avoir sur une consultation, de se dire je vais les reconvoquer mais pourquoi faire ? Bah, pour proposer des outils. Donc merci.

Je t'en prie, merci à toi. Bon, globalement je crois que j'avais rien noté d'autre.

À un moment donné tu as parlé des exigences du patient. Qu'est-ce que tu voulais dire par les exigences du patient ?

Qu'est-ce qu'il exige ? Le patient il exige... Il peut exiger plein de choses, mais il peut exiger des réponses à ses questions médicales principalement. Il peut être exigeant sur le temps qu'on doit passer avec lui. Alors avec moi, il a pas trop de problèmes parce que j'en passe. Mais surtout les exigences... Ah oui, alors si, il y a l'exigence aussi de... d'heures, de rendez-vous et de créneaux. Alors. Ça, c'est une exigence qui est assez difficile pour moi encore à gérer.

En fait, on est dans une situation où le médecin est en déficit et pour autant, le patient est très exigeant sur le moment où il a besoin d'un rendez-vous. Donc si on leur dit, « Bah là, je peux vous recevoir que le tel jour, à telle heure », « Ah bah non, je ne peux pas, j'ai aqua poney » ou je sais pas quoi. Ça, c'est une exigence qui m'est difficile. Et sinon, l'exigence normale de répondre à mes questions quand même. Globalement c'est ça.

Et qu'est-ce que tu fais pour cette exigence de créneaux dont tu parlais qui est difficile pour toi ?

En fait, quand j'ai pas le choix, je donne plus le choix parce qu'avant j'essayais de me mettre un peu à leur demande et puis je me suis rendu compte que c'était pas la bonne idée.

Après quand je peux le faire, encore une fois c'est toujours l'idée de, si c'est moi qui décide, ça va. Si c'est le patient qui exige et qui insiste, c'est un peu compliqué.

Après l'exigence elle est aussi sur le, quand il laisse un message et qu'on répond pas assez vite, l'exigence de l'immédiateté, du rendez-vous rapide.

« J'ai un problème, est-ce que vous pouvez me recevoir rapidement ? »

Alors c'est quoi rapidement ? Parce que moi par exemple dans 15 jours, pour moi c'est rapide. Dans « ma » façon de faire c'est rapide. Pour eux dans 15 jours c'est le bout du monde, après ça dépend du symptôme hein. Mais l'exigence elle est des fois décalée sur l'inquiétude ou la question qu'ils ont et mon cadre justement. Mon cadre il va pas forcément répondre à leur demande et puis quand je leur dis il y a un truc d'urgent et si je leur dis bah 9h20 et que ça leur convient pas parce qu'il leur faut forcément l'après midi sauf que l'après midi il y a plus de place. Cette exigence là je vais pas pouvoir y répondre et avant je me mettais en 12 pour pouvoir le caler « en plus » et ça, j'ai arrêté de le faire. Et ça rejoint ta question sur comment on peut se sentir bien dans son travail. Je sais plus comment t'avais posé la question, le cadre en fait, qu'on a décidé qu'il était ok pour que nous on se sente bien en se disant le patient sera

peut-être pas content. Et c'est pas grave. Parce que ça, c'est pareil, c'est un truc qu'on ne nous a pas appris.

Moi en tout cas, c'était, il faut vraiment répondre, même mon père, il m'a dit, le gamin qui a 39 de fièvre, même si t'en es à ton 40e, il faut le prendre. Je lui disais, « bah... non », bah si, en fait, parce qu'on attend ça de toi. Et ce jour-là, je me suis dit, mais en fait, c'est pas OK pour moi. Parce que toi, t'en as 40 dans les dents, il faut accepter que tu puisses dire non, et c'est pas bien pour le gamin, mais c'est bien pour toi. Donc, lâcher sur l'idée que tu vas pas forcément faire un truc qui va leur convenir. J'ai l'impression que les jeunes médecins maintenant on leur apprend un peu plus ce cadre. Enfin je sais pas.

Je pense qu'on est un peu plus conscient de nos limites je dirais.

Ouais c'est ça. On nous met un peu moins la performance. Avant fallait performer, t'étais un bon médecin si t'en voyait beaucoup. Maintenant, c'est... Même si t'en vois que 15, t'es performant quand même en fait. D'une autre façon en tout cas, mais t'es pas moins que.

Je pense qu'il y a toujours autant de pression, mais qu'on respecte peut-être un peu plus ses propres limites.

Ouais c'est ça.

La pression changera pas.

Tu peux t'autoriser à partir de 18h si t'as besoin et pas rester à 20h comme souvent les patients disent. Ils disent que « mon médecin d'avant, il me prenait à 22h. » Ouais. D'accord. Mais non quoi. Ouais. Ok.

Bon. D'autres choses à rajouter ?

Non. Eh ben parfait. Merci beaucoup.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ **Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

”