



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

**Disparité des pratiques des prescripteurs et prescriptrices
de contraception**

Mémoire de
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par JARJAT Anouk

Sous la direction d'Aurore KÆCHLIN,
Maîtresse de conférence en sociologie à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Présenté et soutenu publiquement le 07/06/2024

Remerciements

Je t'avais promis la première ligne ; merci Juju. Ce mémoire ne serait pas ce qu'il est sans tous les éléments psychosociologiques que tu m'as apportés. Merci pour ta patience et ta bienveillance. Merci d'être ma petite sœur, tu rends mon monde meilleur

Merci à Aurore Koechlin pour son accompagnement, ses conseils avisés, et le temps passé à m'aider à construire cet écrit

Merci aux professionnel.le.s qui ont accepté de m'accorder de leur temps (qui je le sais, est précieux) afin de me permettre de réaliser ce travail.

Merci à ma famille, mon pilier sans faille. Tout ce chemin vers la personne que je suis aujourd'hui n'aurait pas été possible sans votre amour et votre soutien.

Merci à Marialie, Manon V, Manon C et Laurie, d'avoir rendu les moments difficiles de ces 4 ans plus doux, et les bons moments encore meilleurs.

Merci à Paul. Ces 5 ans à grandir ensemble n'ont pas été toujours faciles, et pourtant tu es toujours là, à mes côtés. J'ai hâte des nombreuses années, ensoleillées ou tumultueuses, qu'il nous reste à vivre ensemble

Table des matières

Glossaire	p.6
I. Introduction	p.7
II. Matériels et méthodes.....	p.11
1. Objectifs	p.11
2. Type d'étude	p.11
3. Population	p.11
4. Méthodes	p.12
5. Présentation des enquêtée·e·s	p.13
6. Biais	p.17
III. Résultats	p.19
1. La contraception, une thématique particulière dans le domaine de la médecine	p.19
A. Des professionnel·le·s usagers	p.19
B. Des patientes non malades, une contraception au statut particulier	p.20
C. Des prescripteurs et prescriptrices variés	p.21
2. La difficulté à s'éloigner de monopole de la pilule dans le paysage contraceptif français	p.22
A. Un historique mouvementé	p.22
B. Une norme contraceptive à la française	p.23
C. Une idéalisation de la pilule ?	p.25
D. Une intégration difficile de la contraception définitive	p.27
3. Des variations dans les pratiques inter-professions et inter-individus	p.29
A. Des variations inter-professions	p.29
B. Des variations inter-individus	p.33
4. Le rôle des patientes	p.37
A. Des corps, objets dans le soin	p.37
B. Des patientes sachantes	p.40
C. Des patientes parfois exigeantes	p.44
IV. Conclusion	p.49
V. Bibliographie	p.51
VI. Annexes	p.57
1. Grille d'entretien	p.57
2. Synopsis	p.59

Glossaire

INED : Institut National d'Études Démographiques

SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficiencia Acquisa

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

SIU : Système Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

I. Introduction

La thématique de la contraception est particulière du fait du nombre d'individus qu'elle concerne : en France, en 2016, elle concerne 92 % des femmes en âge de procréer (15-49 ans), ni enceintes ni stériles, sexuellement actives au cours des douze derniers mois et ne voulant pas d'enfants. (1) Le sujet ne se limite pas à une dimension scientifique : il prend aussi au cours des époques une dimension sociale et même politique. C'est le cas par exemple dans le contexte du mouvement nataliste de l'entre-deux-guerres avec la loi du 31 juillet 1920 qui interdit toute propagande pour les méthodes anticonceptionnelles et l'avortement. La première guerre mondiale a alors fait deux millions de morts, et l'Alliance dénonce la dénatalité française comme une faiblesse nationale dans un contexte de menace allemande. Une affiche de 1925 scande ainsi : « *L'Allemagne ne nous aurait pas attaqués en 1914 si nous avions été 10 millions de français de plus* ». (2)

De nos jours, la contraception est un thème central. Il est marqué par le contexte propre à chaque époque : alors que l'apparition de la méthode du retrait au cours du XVIII^e siècle marquait la « *première révolution contraceptive* » (Henri Leridon, 1987), l'adoption le 19 décembre 1967 par l'Assemblée nationale du projet de loi porté par Lucien Neuwirth légalisant la contraception, marque le début d'une nouvelle ère contraceptive. Ces évolutions sont suivies par la réalisation régulière d'études de cohortes des pratiques contraceptives en France métropolitaine et la publication de nouvelles recommandations.

Or, la mise en parallèle des recommandations nationales concernant la contraception et de la réalité de leur mise en pratique, évaluée via les études menées entre 1978 et 2016 par l'INED (Institut National d'Études Démographiques) sur la population féminine habitant en France métropolitaine, permet de mettre en lumière une application partielle de ces recommandations. Il apparaît alors que, plus que les recommandations, c'est l'opinion publique et les événements marquants qui amènent à des évolutions des pratiques.

Ainsi, les années 2012 et 2013 ont été marquées par une forte remise en question des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération suite à la plainte déposée le 14 décembre 2012 par Marion Larat contre un laboratoire pharmaceutique, après qu'elle ait subi un

accident vasculaire cérébral lourd de conséquences alors qu'elle utilisait une pilule de 3^{ème} génération (3). Le débat médiatique qui s'en est suivi a amené le ministère de la santé à s'interroger à nouveau sur le risque de thrombose veineuse de ces générations de pilules, et finalement à les dérembourser au 31 mars 2013 afin d'en limiter la prescription. Dans ce contexte polémique, une nouvelle étude FECOND a été menée en 2013 afin d'évaluer l'impact de ce débat médiatique (4). À la suite de cela, 1 femme sur 5 a déclaré avoir changé de méthode contraceptive. Le taux d'utilisation de la pilule avait diminué de 5 % depuis 2010, ce qui équivaut en trois ans à la même perte déjà observée en dix ans entre 2000 et 2010. Cet abandon de la pilule s'est fait au profit d'autres méthodes : le stérilet a connu un réel essor chez les 25-29 ans avec une augmentation de 8,6 %. Les types de pilule utilisés ont eux-mêmes été modifiés : les 3 et 4^{èmes} générations qui concernaient 40 % des pilules en 2010 ont été réduites à 25 % en 2013, au profit des pilules de 2^{ème} génération qui sont passées de 45 à 59 %. Les recommandations de 2013, par le contexte qui les a poussées à voir le jour, ont alors bien eu un impact sur le type de pilule prescrit.

De plus, alors que l'utilisation du préservatif avait diminué entre 1978 et 1988, elle a connu un accroissement de 4 % entre 1988 et 2000 (5), précisément au moment où l'épidémie du SIDA (Syndrome d'immunodéficience acquise) a connu son pic et, dans ce contexte, où la publicité pour les préservatifs a été autorisée en 1987 par Michèle Barzach, secrétaire d'État à la santé (6). Ce moyen contraceptif a alors gagné en légitimité en début de vie sexuelle et lors des rapports avec un nouveau ou une nouvelle partenaire. Alors qu'avant 1988 seulement 12,5 % des jeunes femmes avaient leur premier rapport avec un partenaire utilisant un préservatif, 87,7 % des jeunes femmes ayant eu leur premier rapport entre 2000 et 2001 avaient un partenaire qui a utilisé un préservatif à cette occasion (7), témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention.

Pourtant, alors que l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) a établi en 2004 qu'« *il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès* » (8) en 2016, si plus de 95 % des moins de 30 ans (hommes et femmes) déclaraient connaître la contraception d'urgence, moins de 1 % des personnes interrogées connaissaient le délai maximal de 120 heures (9).

Enfin, tandis que depuis 2004 les recommandations établissent que le stérilet peut être utilisé chez les nullipares, une ébauche réelle de changement de pratique dans ce sens n'a finalement été observée qu'à posteriori du scandale concernant la pilule en 2013 : encore en 2010, 54 % des femmes interrogées considéraient que le stérilet n'était pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élevait à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes (10). Il peut donc être supposé que, plus que les recommandations, c'est l'opinion publique qui a amené cette évolution.

Les recommandations seules n'ont donc pas une efficacité maximale, et sont beaucoup plus respectées lorsqu'elles apparaissent dans un contexte social marquant comme le SIDA ou le scandale de la pilule, car l'opinion publique et l'impact de la médiatisation entrent alors en jeu. Il est donc possible de supposer que c'est la demande, voire les revendications des patient·e·s auprès des prescripteurs et prescriptrices, qui font évoluer les pratiques contraceptives. Il est alors intéressant d'interroger les praticien·ne·s sur leurs habitudes de pratique, et d'essayer de comprendre les raisons de la disparité de ces dernières.

Quels éléments expliquent donc qu'il y ait de telles variations dans la prise en charge des patientes par les prescripteurs et prescriptrices dans le cadre des consultations de contraception ?

II. Matériels et méthodes

1. Objectifs

L'objectif principal de ce travail est d'interroger les raisons expliquant la disparité dans les pratiques des différents professionnels prescripteurs de contraception.

2. Type d'étude

Cette étude est une étude qualitative, multicentrique, basée sur des entretiens semi-dirigés et des observations de terrain.

3. Population :

La population concernée est constituée de sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues exerçant en libéral à Lyon et dans sa périphérie.

Les professionnels ont été sélectionnés de manière aléatoire à partir des annuaires disponibles sur les sites internet respectifs du Conseil national de l'ordre des médecins (11) et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (12). Ils ont été contactés par mail, par SMS ou par appel téléphonique.

	Sages-femmes	Gynécologues	Médecins généralistes
Réponse positive	3	2	3
Réponse négative	/	/	5
Absence de réponse	3	5	5
Total	6	7	13

Tableau récapitulatif des retours des professionnels contactés

4. Méthodes :

Un premier entretien semi-directif à partir d'une grille a été réalisé auprès de chacun des professionnel·le·s ayant répondu positivement. Ces entretiens ont été basés sur une grille (cf. Annexe) identique pour tous. Les échanges ont été enregistrés avec l'accord des professionnel·le·s afin de pouvoir être retranscrits et analysés, en conservant l'anonymat des interviewé·e·s.

Ces entretiens permettent de dresser un tableau du profil des professionnel·le·s et de leur parcours, puis d'aborder plus spécifiquement la question du déroulé d'une consultation de contraception, des informations qu'ils délivrent et des facteurs qui peuvent influencer leur attitude et leur discours.

Dans un second temps, une observation de terrain d'une demi-journée a été réalisée auprès des gynécologues et des sages-femmes afin d'assister à des consultations de contraception, avec l'accord oral des patientes. Pour des raisons d'organisation, il n'a pas été possible de réaliser les observations de consultation auprès des médecins généralistes, ces derniers n'effectuant que très peu de consultation de contraception et ne connaissant pas par avance les motifs des consultations.

Lors de ces observations je me plaçais, dans la mesure du possible selon la disposition de la pièce, en retrait par rapport au binôme patient/professionnelle et je n'intervenais pas durant la consultation afin de ne pas influencer sur son déroulé. La professionnelle me présentait comme étudiante sage-femme assistant aux consultations dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, et demandait à la patiente son accord. Sur les six praticiennes, cinq étaient habillées en civil et j'ai donc fait de même. La dernière médecin portait une blouse, et m'en a prêté une pour l'après-midi. La position d'observateur n'était pas aisée pour moi, car je suis habituée à jouer un rôle actif lors des consultations, sans compter que le positionnement des professionnelles à mon égard n'était pas évident non plus. Ainsi, même si je n'intervenais pas, les praticiennes s'adressaient à moi comme l'étudiante sage-femme que je suis, et non pas comme la sociologue que j'essayais d'être pour quelques heures, m'expliquant les antécédents des patientes, les protocoles médicaux, leur prise en charge, me demandant parfois d'apporter des éléments. Je pense que cela avait néanmoins l'avantage que, les professionnelles ayant l'habitude d'avoir des étudiants auprès d'eux, cela ne les déstabilisait pas et donc, il me semble, influait peu leur

manière de faire. Je n'ai eu aucun refus de patiente à ce que j'assiste à la consultation, et elles ne semblaient pas non plus perturbées par ma présence, je pense pour les mêmes raisons que les professionnelles : elles me percevaient comme une étudiante sage-femme. J'ai donc été très bien intégrée au terrain du fait de ma position spécifique, même si elle a pu induire des biais. En effet, en tant qu'étudiante sage-femme j'étais en capacité de comprendre les différents éléments des consultations, et donc d'identifier ce qui s'éloignait des recommandations : les praticiennes en avaient pour certaines conscience, et savaient que mon travail tendait à analyser cela : elles se justifiaient alors parfois auprès de moi lorsqu'elles savaient avoir une prise en charge qui n'était pas celle préconisée. On peut alors supposer que les praticiennes pouvaient ressentir un certain malaise à penser que j'allais porter un jugement sur leur manière de faire ; cela peut avoir influencé leur pratique lors de ma présence.

L'objectif de ces temps était de recueillir des observations sur le déroulé en pratique des consultations, notamment sur les termes employés, sur l'attitude des différents interlocuteurs, ainsi que sur la disposition de la pièce de consultation, mais aussi sur la répartition du temps entre discussion et examen. Ces observations permettent d'apporter des éléments pratiques aux déclarations théoriques faites par les enquêté.e.s lors des entretiens, donc de mettre en regard des discours et des pratiques, afin de limiter le biais intrinsèque au caractère auto-déclaratif des entretiens menés.

5. Présentation des enquêté.e.s

Tous les noms des enquêté.e.s ont été anonymisés, et pour mieux préserver leur identité j'ai fait le choix de les nommer par des initiales, dans l'ordre alphabétique par ordre d'apparition.

Dr A. :

Femme

Âge : cinquantaine/soixantaine d'année (âge non communiqué)

Originaire de Strasbourg, a fait son internat dans les hôpitaux périphériques de Lyon, s'est installée à la Tour du Pin pendant 15 ans puis à Lyon.

Dr A. n'a pas souhaité répondre aux autres questions

Dr B.

Femme

Âge : 58 ans

Lieu de vie actuel : Lyon

Statut conjugal : mariée

Profession du conjoint : médecin

Enfants : 2

Profession des parents : père vétérinaire

Dr C.

Femme

Âge : 35 ans

Née en France, a grandi à Lyon où elle a fait ses études jusqu'en 2014. Erasmus à Rome, études à Nice puis à Bastia. Se sent très proche de l'Italie du fait de ses origines, une partie de sa famille vivant encore là-bas.

Lieu de vie actuel : Lyon

Statut conjugal : en concubinage

Profession du conjoint : travaille dans la finance

Pas d'enfant

Moyens de contraception déjà utilisés : pilule, préservatifs, DIU (dispositif intra-utérin) au cuivre

Profession des parents : chefs d'entreprise

Se décrit politiquement comme de gauche et partageant beaucoup d'opinions des différents courants du féminisme

D.D :

Femme

Âge : 32 ans

Née à Tours. A vécu à Lyon et en banlieue lyonnaise à partir de ses 3 ans jusqu'à ses 23 ans.

Lieu de vie actuel : Villeurbanne

Statut conjugal : pacsée

Profession du conjoint : Ingénieur d'application indépendant

Pas d'enfant

Moyen de contraception déjà utilisés : préservatifs, pilule œstroprogestative

Profession des parents : Père journaliste, mère éducatrice de jeunes enfants et directrice adjointe d'une crèche municipale

Se décrit comme féministe

E.E. :

Femme

Âge : 33 ans

Née à Chenôve (Bourgogne), a vécu à Dijon, Auxerre, dans l'Ain puis dans la Dombes. A fait ses études à Lyon puis à Bourg-en-Bresse.

Lieu de vie actuel : Lyon

Statut conjugal : Concubinage

Profession du conjoint : Responsable en rénovation énergétique

Enfant : 1

Moyens de contraception déjà utilisés : Pilule œstroprogestative, DIU au cuivre, préservatifs

Profession des parents : Père agent comptable, mère professeure des universités en sciences humaines

Dr F. :

Homme

Âge : 30 ans

Né à Marseille, y a vécu jusqu'à ses 2 ans, puis déménagement dans les Yvelines à Saint Germain de la Grange, à Bougival, puis à Bazoches-sur-Guyonne. A déménagé à Lyon pour son internat.

Lieu de vie actuel : Lyon

Statut conjugal : En concubinage

Profession de la conjointe : Médecin généraliste

Pas d'enfants

Moyens de contraception déjà utilisés : Préservatifs. Par la conjointe : pilule oestro-progestative, pilule microprogestative, patch

Profession des parents : mère photographe, beau-père infographiste

Dr G. :

Homme

Âge : 36 ans

Né à l'Hay Les Roses (Val-de-Marne), a grandi à Gentilly jusqu'à ses 7 ans puis à Clamart (Hauts-de-Seine) jusqu'à 26 ans

Lieu de vie actuel : 7^{ème} arrondissement à Lyon

Statut conjugal : marié

Profession de la conjointe : styliste de formation, maintenant entrepreneuse/créateur d'entreprise

Nombre d'enfants : 2 (jumelles)

Moyens de contraception déjà utilisés : Par la conjointe : pilule œstroprogestative, microprogestative, préservatifs

Profession des parents : mère médecin rhumatologue, père médecin de formation mais n'a jamais exercé ; a fait de la recherche en neurosciences (neuroanatomie de la douleur)

H.H :

Femme

Âge : 29 ans

Née à Roanne dans la Loire, a grandi là-bas jusqu'à ses 18 ans puis est partie pour ses études de sage-femme à Clermont Ferrand pendant 6 ans

Lieu de vie actuel : Décines-Charpieu, Métropole de Lyon

Statut conjugal : en couple

Profession du conjoint : commercial automobile

Pas d'enfant

Moyens de contraception déjà utilisés : pilule, préservatifs, au cuivre actuellement

Profession des parents : père maître d'œuvre dans le bâtiment à son compte, mère secrétaire.

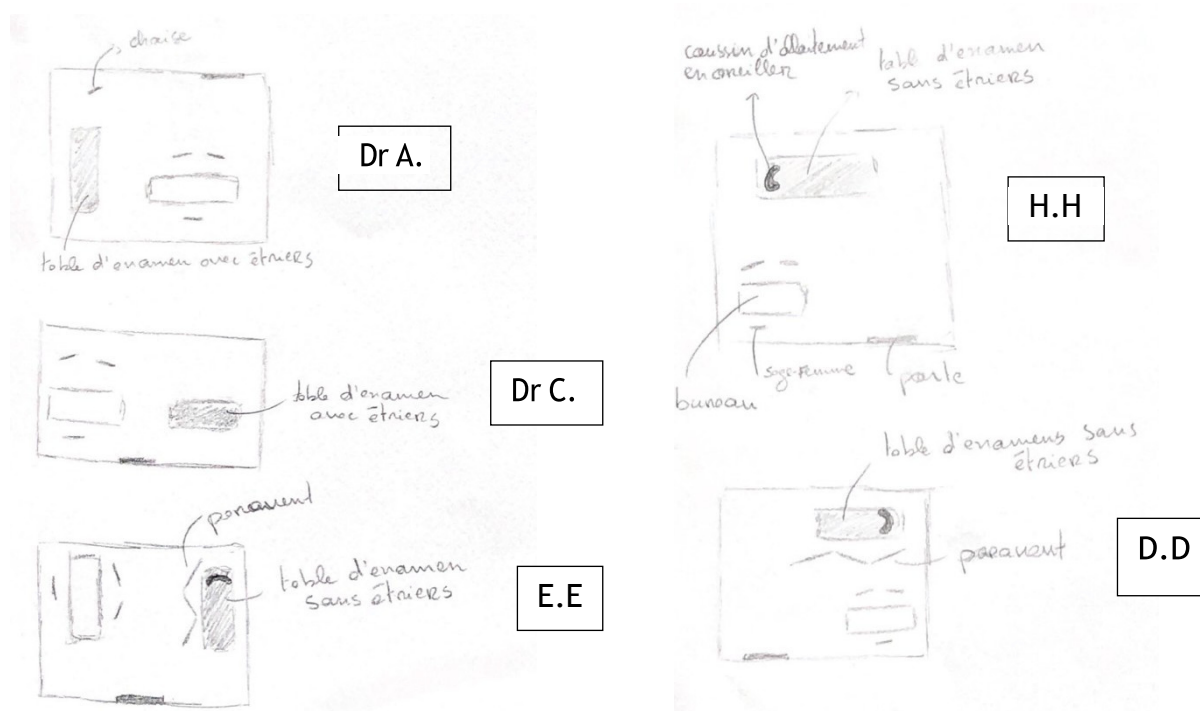


Schéma des cabinets des professionnelles observées en consultation

6. Biais

Ce mémoire se base sur huit entretiens ayant duré chacun entre trente minutes et une heure, ainsi que sur cinq demi-journées d'observation. Il ne peut et n'a pas pour objectif d'être une représentation exhaustive des différentes attitudes professionnelles, ni d'être généralisable.

De plus, nous pouvons supposer que la réponse positive des professionnel·le·s à la demande de participation à ce mémoire démontre un certain intérêt, ou tout du moins d'une curiosité pour cette thématique, et que cela se reflète dans leur pratique concernant la contraception. Cela crée donc un biais de sélection, mais qu'il est difficile d'empêcher dans ce type de recherche.

Enfin, les trois sages-femmes interrogées ont toutes une trentaine d'années, ce qui peut être un biais dans ce qu'on pourrait déduire propre à la profession. On peut faire l'hypothèse que nos résultats seraient différents si l'on interrogeait et observait les pratiques de sages-femmes plus âgées. De la même manière, les sages-femmes et gynécologues interrogées sont toutes des femmes alors que deux des médecins généralistes sont des hommes. Cela peut aussi être un biais.

III. Résultats

1. La contraception, une thématique particulière dans le domaine de la médecine

A. Des professionnel·le·s usagers

Comme évoqué plus haut, la contraception a cette particularité qu'elle concerne un grand nombre de personnes ; ainsi les professionnel·le·s ont pour la plupart un parcours personnel de la contraception. Le risque est qu'ils et elles projettent alors leur propre vécu et préférences sur leurs patientes. Cette expérience individuelle favorise l'apport d'une dimension subjective aux informations et conseils qui vont être donnés, c'est la part de logique profane qui intervient dans la réflexion et le positionnement des professionnel·le·s. Il a ainsi été montré que la probabilité de recommander une méthode est deux à cinq fois plus élevée lorsque le professionnel de santé ou sa/son partenaire l'a déjà utilisée (13). L'article conclut ainsi que « *Quelle que soit la spécialité et quel que soit le sexe du médecin, le fait d'avoir personnellement utilisé une méthode conduit à la recommander davantage.* »

J'ai trouvé les mêmes résultats dans le déroulé de mes entretiens. Les professionnel·le·s de santé eux-mêmes peuvent d'ailleurs en avoir plus ou moins conscience. Ainsi, Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années), à propos du stérilet après le 1er accouchement :

“quand on a été maman on sait qu'on a autre chose à faire avec un nouveau-né que penser à sa pilule. C'est vraiment la contraception de choix.” L'opinion de la Dr prend la forme d'une vérité générale. Ce qui se base sur une expérience personnelle est asséné comme un fait. Parce qu'elle a été maman et qu'elle a ressenti à cette occasion la charge d'un nouveau-né, Dr A. projette cela sur les nouvelles mamans qu'elle reçoit comme patientes.

De la même façon, Dr B. (médecin généraliste, 58 ans) :

“- Et vous avez l'impression qu'au niveau des contraceptions vous prescrivez, vous avez une prédominance d'une certaine contraception ?

- Ah oui j'ai une prédominance pilule ça c'est sûr.

- *Ok, et ce sont les patientes qui demandent plus la pilule ou c'est que vous vous avez plutôt tendance à parler de ça parce que c'est ce qui vous semble mieux ?*

- *Je pense que c'est parce qu'en fait effectivement, c'est un moyen qui me convient. Je trouve que c'est un moyen qui est facile à prendre quand il est bien toléré. C'est une maîtrise totale de sa contraception."*

Dr A. exprime ouvertement que la prédominance de prescription de pilule dans sa pratique découle du fait que c'est un moyen qui "(lui) convient". Parce qu'elle a une préférence personnelle pour cette contraception, elle applique cette préférence dans sa vie professionnelle. C'est toute la problématique d'un sujet où les professionnel.le.s doivent faire abstraction de leur propre expérience pour ne pas les projeter sur les patientes, au risque de créer un décalage entre les attentes et besoins de ces dernières et la contraception prescrite. On pourrait dire que dans une certaine mesure, c'est le cas pour l'ensemble de la médecine. Les médecins sont eux-mêmes des patients, ou ont pu être confronté à certains enjeux médicaux par leur entourage. Mais la contraception a d'autres particularités qui vont venir encore plus renforcer cette logique profane des professionnel.le.s de santé.

B. Des patientes non malades, une contraception au statut particulier

En effet, une autre des spécificités de la contraception est qu'elle fait intervenir le domaine médical, tout en étant destinée à une population majoritairement saine. C'est une prescription qui n'a pour but de guérir aucune pathologie, qui n'est pas une réponse thérapeutique. Il n'y a ainsi pas de diagnostic médical à poser, ce qui sort de l'exercice habituel des professionnels médicaux : lorsqu'un médecin reçoit en consultation un patient souffrant d'hypertension, il peut alors faire appel à ses connaissances ou consulter des recommandations scientifiques afin de prescrire un traitement adapté à la pathologie. Or cette démarche ne peut fonctionner pour la contraception puisque c'est un domaine qui n'a pas de solution unique, il y a peu de vérité générale dans ce domaine ; au contraire, il y a un important versant subjectif et social.

Cela a plusieurs effets. Le premier, que l'on a vu plus haut, est que cela renforce une prescription basée sur l'expérience personnelle des prescripteurs et prescriptrices.

Le second est qu'il faut alors que le ou la professionnel.le accepte que la prescription va résulter du choix de la patiente, et qu'il n'est pas mieux à même qu'elle

de décider d'un moyen contraceptif plutôt qu'un autre. Or, cela n'a rien d'évident pour elles et eux. La contraception a par conséquent un statut hybride entre thématique personnelle et médicale ; et certains moyens de contraception comme le préservatif ou la contraception d'urgence hormonale ne sont pas soumis à prescription.

Cela va avoir un troisième effet. Certains praticiens considèrent dès lors que si ça ne passe pas par leur prescription, ça n'est donc pas de leur responsabilité d'en parler.

Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années), concernant la contraception d'urgence, avance ainsi en entretien : « *C'est vrai que ça nous a un peu échappé parce que comme on ne prescrit pas ça, finalement c'est plus dans notre champ de travail* ».

De la même façon, Dr B. (Médecin généraliste, 58 ans) explique : « *Non, c'est vrai, je ne parle pas de la contraception d'urgence. C'est un truc que j'oublie régulièrement donc voilà. Mais parce qu'en fait je ne le prescris plus. C'est vrai qu'il y a une grande période où je le prescrivais beaucoup donc j'étais vraiment dedans* ».

Or, dans la consultation de contraception, même si le professionnel ne doit pas choisir pour la patiente, il a un rôle d'information et de conseil qui est primordial, notamment sur les éléments qui ne résultent pas de sa prescription.

On a donc vu comment le statut de la contraception, entre objet médical et choix personnel, a différentes incidences sur les pratiques prescriptives. Mais le statut même des prescripteurs joue également.

C. Des prescripteurs et prescriptrices variés

Les prescriptions de contraceptifs peuvent être réalisées par des médecins généralistes, des gynécologues ou des sages-femmes. Ces professionnels sont tous trois issus de formations différentes. La multiplicité des formations initiales crée une disparité. De plus au sein de chaque profession les connaissances de chacun dépendent des formations continues réalisées. Par exemple Dr C. (gynécologue, 35 ans) a réalisé un grand nombre de formations, dont un DU (diplôme universitaire) sur la régulation des naissances, la contraception et l'IVG (interruption volontaire de grossesse). D.D (sage-femme, 32 ans) a aussi réalisé plusieurs DU dont un DU en gynécologie, et elle assiste à entre trois et quatre congrès de gynécologie par an. E.E (sage-femme, 33 ans) a elle réalisé une formation autour de l'IVG à l'occasion de laquelle la question de la contraception était abordée. Dr B. (médecin généraliste, 58 ans) participe à des

formations en contraception une fois par an. En revanche Dr F. (médecin généraliste, 30 ans) et Dr G. (médecin généraliste, 36 ans) n'ont suivi aucune formation spécifique en santé de la femme.

Or il a été montré que le poids du vécu évoqué plus haut dépendait du niveau de formation des professionnel.le.s, et était d'autant plus important lorsque ces derniers étaient moins formés : ces derniers remplacent alors leur manque de connaissances théoriques par des logiques profanes (13).

La contraception est donc par définition une thématique qui se prête à présenter des variabilités, par les acteurs qu'elle fait entrer en interaction. Comme j'ai commencé à l'évoquer, cette prise de liberté dans les pratiques semble se faire en faveur d'une prédominance de la pilule : en effet en France en 2016 la pilule été utilisée par 34,6% des femmes entre 15 et 49 ans concernées par la contraception (1). Comment alors expliquer cela ?

2. La difficulté à s'éloigner du monopole de la pilule dans le paysage contraceptif français

A. Un historique mouvementé

Pour comprendre les représentations qu'il peut y avoir autour des différents moyens de contraception, il faut revenir sur leur histoire.

La loi de Neuwirth de 1967 qui légalise la pilule contraceptive en France est un événement révolutionnaire dans l'histoire de la contraception. Elle est l'aboutissement de nombreuses années de mobilisation du Mouvement français pour le planning familial. La pilule est alors le symbole de l'émancipation des femmes et de liberté sexuelle, c'est la victoire d'une lutte féministe qui est célébrée. Alexandra Roux décrit cet engouement autour de la pilule contraceptive par les médias, l'industrie pharmaceutique et l'opinion publique. L'auteure décrit des « *récits apologétiques (qui) construisent un mythe de la pilule comme révolution féministe* » (14). Une révolution dite féministe car comme le déclare Paul-Henri Chombart de Lauwe : « *Donner à la femme, comme à l'homme, la liberté de choisir quand elle veut avoir des enfants, n'est-ce pas modifier les rapports entre les sexes et permettre la véritable égalité dont tout le monde parle mais que peu d'hommes désirent vraiment ?* » (15)

En opposition, le stérilet a une histoire plus sombre : il a d'abord été expérimenté sur des femmes handicapées et des femmes des pays du sud avant d'arriver à un modèle satisfaisant. Les conséquences pour ces femmes ont été des douleurs, des infections, des grossesses extra-utérines (16). Par la suite, le stérilet a été un instrument de coercition dans des politiques de contrôle de la population comme en Chine avec des campagnes de pose de stérilet sans fil, ou au Groenland où 4 500 dispositifs intra-utérins ont été posés sur des femmes et adolescentes inuits sans leur consentement entre les années 1960 et 1970 (17). De plus, un des avantages du dispositif mis en avant par les médecins à l'époque de son développement est qu'il n'est pas nécessaire de bénéficier de la collaboration de la patiente pour cette méthode de contraception.

L'histoire de la pilule et du stérilet s'opposent alors, chacun représentant respectivement la liberté ou la répression. On peut alors comprendre la place de la pilule dans le discours de certains professionnel·le·s de santé, et leur difficulté à comprendre l'attrait des femmes françaises ces dernières années pour le stérilet. En effet, on note une augmentation de l'utilisation du stérilet, qui était en 2016 de 25,6 % chez les femmes de 15 à 49 ans concernées par la contraception, contre 18,7 % en 2010 (1).

Malgré ça, en France en 2016 la pilule reste prédominante. Comment le comprendre ?

B. Une norme contraceptive à la française

Tout d'abord, il faut voir que la prédominance de la pilule en France n'est pas vraie dans tous les autres pays. En effet, en 2022, la répartition mondiale des méthodes était de 24 % pour la stérilisation féminine, 17 % pour le DIU, 16 % pour la pilule, 8 % pour les formes injectables, 2 % pour les implants, et 2 % pour la stérilisation masculine. 21 % des couples utilisaient le préservatif masculin (18).

De plus, même si le stérilet a gagné en popularité au cours du siècle, il reste confronté à la norme contraceptive à la française qui s'inscrit dans un parcours sexuel très arrêté : une femme utilise des préservatifs masculins lors de ses premiers rapports car considérée comme la période où les partenaires peuvent être les plus multiples, puis elle prend la pilule lorsqu'elle est dans un couple stable avec un partenaire unique (10). Le stérilet est finalement envisagé lorsque la femme a déjà eu des enfants ou n'est plus en âge d'en avoir, et que les relations sont toujours exclusives avec ce même partenaire

mais sans désir actuel ou future de grossesse. Toutefois le parcours sexuel et affectif s'est modifié et diversifié, étant aujourd'hui moins linéaire (19). Quelle est alors la légitimité de supposer qu'un stérilet est plus adapté à une femme de quarante ans ayant eu déjà trois enfants mais ayant des partenaires multiples, qu'à une jeune fille de dix-sept ans en couple stable avec un partenaire exclusif ? L'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) déclare ainsi dans son rapport sur la prévention des grossesses non désirées (20) :

“Cette évolution des comportements doit être prise en compte dans la gestion des enjeux contraceptifs. Il n'est pas sûr que la diversification des attentes et des modes de vie s'accommode d'une norme contraceptive relativement uniforme qui, fondée sur la prise quotidienne d'une contraception orale, reste inspirée par le schéma d'une sexualité prévisible et régulière dans le cadre d'une relation de couple stable.”

Ce schéma contraceptif se retrouve dans les propos de mes enquêtés. Ainsi, il est très bien exprimé par Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) :

“Oui, parce que la première contraception quand on a 18 ans par exemple je pense que c'est bien une pilule. [...]”

- Enquêtrice : *Et du coup à partir de quel âge vous allez parler à une patiente d'un stérilet si elle n'en parle pas ?*

- *Après le 1er accouchement déjà.”*

On retrouve le même modèle contraceptif. Par ailleurs, Dr A. “*pense*” que la pilule est idéale pour une première contraception : par le choix de ses mots, elle exprime elle-même que c'est un avis et non pas une vérité générale. E.E (sage-femme, 33 ans) ira dans le même sens :

E.E : *“on s'attend toujours à ce que la dame elle demande en premier une pilule (...) c'est vrai que nous on a tendance à proposer plutôt des pilules en première intention, donc je pense que celle dont je parle en premier, peut-être dans cet ordre-là, plutôt je vais parler de ça en premier parce qu'en pratique c'est vraiment la contraception de première intention”.*

E.E part du postulat qu'une patiente qui vient pour une contraception va vouloir une pilule : cette supposition, qui peut être plus ou moins conscientisée, va impacter l'information délivrée ensuite. Même si les sages-femmes E.E (33 ans) et H.H (29 ans) déclarent aborder toutes les contraceptions, elles disent toutes deux présenter d'abord la pilule dans leur déroulé de consultation, parce que c'est la méthode la plus connue et la plus demandée. On assiste ainsi à une sorte de prophétie auto-réalisatrice, où les

professionnel·le·s anticipant les demandes de leurs patientes, ils contribuent à les créer.

Ainsi, le “pilulo-centrisme” (Alexandra Roux) s’auto-alimente : parce que de nos jours la pilule est la méthode contraceptive la plus utilisée, cela pousse les soignant.e.s à imaginer que c’est que ce que les patientes souhaitent en première intention et donc à proposer ce moyen de contraception en priorité.

C. Une idéalisation de la pilule ?

Parce qu’à une époque la pilule a été construite comme le moyen de contraception idéal dans un contexte socio-historique particulier, elle demeure idéalisée de nos jours, et ce alors même que d’autres moyens se sont développés. Ainsi, le stérilet a été perfectionné, l’implant a été commercialisé en France en 2001, le patch en 2004. On retrouve cette idéalisation de la pilule dans le discours du Dr. A. (médecin généraliste, 58 ans) :

“je pense que vraiment la liberté totale de la femme, moi je la vois plus dans la pilule.” Dr B. justifie cette pensée par deux aspects de la pilule : la facilité de sa prise, et l’autonomie que les femmes ont avec ce moyen de contraception qui, une fois l’ordonnance faite, ne demande plus l’intervention d’un tiers.

On peut faire l’hypothèse que ce discours est lié à la génération des praticien.ne.s. Dr. A. exerçant depuis plus de 35 ans, elle a été formée à une époque où la pilule était omniprésente et très prônée. Elle a donc gardé cette représentation que la pilule est un symbole de liberté pour la femme. Les professionnel·le·s en sont d’ailleurs eux-mêmes conscient, comme le montre ce propos de H.H (sage-femme, 29 ans) :

“Parce que c’est vrai qu’on est une génération maintenant, avant c’était la génération pilule, on prescrivait que ça en première intention et on proposait pas les autres moyens de contraception alors que maintenant il y a moins de tabous, notamment pour le stérilet, l’implant”.

La sage-femme H.H exprime cette idée de “*génération pilule*”. Mais pour elle cette génération est révolue, et n’est plus vraie de nos jours. Or les praticiens ayant connu cette époque sont toujours en âge de pratiquer, et il n’est pas évident de faire table rase de représentations passées pour en intégrer de nouvelles. Sans compter que ce sont aussi ces anciens praticiens qui forment les nouveaux.

On peut supposer qu'à un moment donné la pilule a été considérée comme la solution la plus fiable et la plus simple, ou en tout cas la plus adaptée à un contexte historique et social, mais aussi politique. En effet, Bibia Pavard (21) et Alexandra Roux (14) décrivent toutes deux un ensemble de circonstances qui mènent à ce pilulocentrisme, en partie politiques. En effet, pour sa campagne présidentielle aux élections de 1965, le candidat socialiste François Mitterrand choisit comme fer de lance de sa campagne son positionnement en faveur de la contraception. Le ministre de la Santé Raymond Marcellin commande alors un rapport à des chercheurs de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) sur l'innocuité des contraceptifs oraux. La question de la contraception devient ainsi celle de la pilule. Lucien Neurwith est ainsi surnommé « Lulu la pilule » (22), alors qu'en réalité la loi qu'il promeut concerne la légalisation des méthodes de contraception dans leur ensemble. Ce recentrage sur la pilule effectué par les grands noms de la scène politique fait sens dans des années où la problématique des grossesses non désirées est décriée ; France-Observateur nomme ainsi un article du journal du 10 novembre 1955 « *600 000 avortements valent-ils mieux que le contrôle des naissances ?* » (23). Cet article n'en est qu'un parmi de nombreux publiés à cette époque, et cette campagne de presse distille un climat en faveur du contrôle des naissances, climat dans lequel la pilule apparaît comme la solution miracle.

Mais depuis, et malgré l'apparition et le perfectionnement d'autres méthodes maintenant équivalentes en termes d'efficacité, cette supériorité de la pilule est difficilement remise en question. De fausses représentations peuvent ainsi continuer d'orienter les pratiques des professionnel·le·s, comme c'est le cas pour le Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) :

“On a eu toute une génération de femmes, à l'époque où on n'en posait pas aux nullipares, mais qui ne voulaient pas de cette contraception-là (le stérilet au cuivre) pour ne pas risquer la grossesse. Donc ça veut dire quand même qu'il y a quelque chose qui a changé dans la perception des choses, parce que le stérilet lui il n'a pas changé. (...) Alors qu'avec les pilules on a des risques mais beaucoup moins. Quasi zéro.”

“ Et puis je pose pas mal de stérilet aux hormones. Parce que je pense sérieusement que c'est une contraception très très bien supportée, avec un risque de grossesse zéro, quasiment.”

Dans son discours, Dr A. exprime ne pas être favorable au stérilet au cuivre car il présente un risque de grossesse important, a contrario du stérilet hormonal ou de la pilule. En réalité, il a été démontré qu'il n'y a aujourd'hui pas de différence

significative d'efficacité entre les SIU (Système intra-utérin) contenant du Lévonogestrel, et les DIU au cuivre avec une quantité de cuivre supérieure ou égale à 250mm² (24). Actuellement, les DIU au cuivre commercialisés ont des surfaces de cuivre de 375 ou 380 mm². En revanche, le risque de grossesse la première année d'utilisation d'une pilule est de 8 %, contre 0,8 % pour le DIU au cuivre et 0,2 % pour le SIU hormonal (25). Il y a donc là un manque d'information du Dr A. concernant l'efficacité des différents moyens contraceptifs, ce qui va nécessairement avoir un impact sur l'information donnée à ses patients. Un autre élément qui peut jouer est la perception par les professionnel·le·s d'une pilule pratique à se procurer. Comme le souligne le Dr G. (Médecin généraliste, 36 ans) : *“La pilule l'avantage c'est que c'est accessible dans la journée quoi”*.

Effectivement, la prescription de la pilule permet à la patiente de passer directement à la pharmacie et de commencer sa contraception dès le soir même si elle le souhaite. De plus, c'est un comprimé à avaler une fois par jour, comme on pourrait prendre du paracétamol ou des vitamines. Dr A. rejoint cette idée en caractérisant la pilule comme *“simple”*, même si cette représentation peut être discutée : en effet, prendre un médicament quotidiennement est contraignant. Mais un autre argument en faveur de cette accessibilité est que, une fois la prescription faite, ce moyen de contraception ne nécessite plus l'intervention du personnel médical. En revanche, le choix d'un stérilet ou d'un implant demande un geste technique par un professionnel, pour sa pose et pour son retrait. Dr B. et Dr G. décrivent tous les deux cette problématique-là, évoquant que cette intervention d'un tiers par un geste rend l'implant et le stérilet moins *“accessible”* (Dr G.).

L'histoire de la pilule, son idéalisation et son ancrage dans une norme contraceptive orientent donc le discours de certains praticien·ne·s et encouragent le pilulo-centrisme français. Ce dernier se fait au détriment des autres méthodes contraceptives, qui ne sont alors pas encouragées voire pas du tout évoquées.

D. Une intégration difficile de la contraception définitive

Malgré la légalisation en 2001 de la stérilisation à visée contraceptive en France, en 2016 seulement 4,5% avaient réalisé cette démarche (1), contre 24% dans le monde (18).

La femme est difficilement dissociable de la question de la maternité dans notre société et son histoire. Ainsi, en entretien avec Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années), quand je pose la question de la contraception définitive, la réponse est significative :

“Et chez des femmes jeunes ou qui ont pas forcément eu d'enfant est ce que vous en parlez (de la contraception définitive), est-ce que vous pouvez l'envisager ?

- Non. Y aura forcément des regrets.”

Pour Dr A. il n'est pas possible d'envisager qu'une femme ne souhaite pas avoir d'enfant au cours de sa vie, sans avoir des regrets par la suite : son discours reflète le devoir de procréation omniprésent en France depuis des siècles. Cette injonction à la maternité se structure autour de la croyance que la femme porte naturellement en elle l'envie de ce dessein. Charlotte Debest l'exprime ainsi : *“Pensées comme différentes des hommes par leur capacité à porter des enfants et à en accoucher, les femmes se caractérisent par l'évidence et la naturalité de leur désir d'enfant : elles sont ainsi définies, et pour beaucoup se définissent, par la procréation”* (26). Or cette évidence du désir d'enfant est ébranlée ces dernières années :

Dr C. (Gynécologue, 35 ans) *“En même temps on sent que c'est tellement dans le climat, fin moi je le sens avec les patientes, que là elles ont pas trop envie de gamins. C'est plus un but dans la vie.”*

La baisse de la natalité en France est indéniable : En 2023 il y a eu seulement 678 000 naissances en France, contre 823 260 naissances en 1982 (27), et 57% des familles estiment le contexte actuel en France globalement défavorable pour avoir des enfants (28).

On pourrait supposer que la génération à laquelle appartiennent les professionnels aurait un impact sur leur position face à ce sujet, et que des praticiens nés dans les années baby-boom auraient plus de difficulté à comprendre le climat actuel. Mais en réalité dans les entretiens, si Dr A. et Dr B. (Médecin généraliste, 58 ans) sont les deux seules à énoncer clairement leur incompréhension et opposition à la contraception définitive chez des femmes jeunes et/ou n'ayant pas d'enfant, cette vision est présente dans le discours de la plupart des autres interrogé.e.s. Si elle n'est pas dite de manière aussi catégorique, elle est tout de même sous-entendue : la contraception définitive, si elle tout de même envisageable chez les femmes jeunes, reste pour eux une solution de dernier recours lorsque la patiente a déjà tout testé et que rien de lui convient, ça n'est pas un moyen de première intention. Parce que même si de plus en plus de femmes décident de ne pas avoir d'enfants de nos jours, le désir de non-maternité reste

très difficile à comprendre dans notre société. Cela explique la réticence des praticien.ne.s à proposer ce moyen de contraception, malgré leur devoir d'exhaustivité.

La relation particulière de la France à la pilule dans son histoire explique donc l'existence d'un climat général favorisant sa prédominance encore actuellement, et la difficulté d'intégrer les autres moyens de contraception. Mais comme vu auparavant, les pratiques sont très hétéroclites entre les professionnel.le.s malgré cet historique national commun. D'autres facteurs sont alors à explorer pour expliquer ces variations de pratiques.

3. Des variations dans les pratiques inter-professions et inter-individus

A. Des variations inter-professions

Comme évoqué en amont, la contraception a cette particularité qu'elle est du domaine de compétences de trois professions différentes, avec des formations différentes.

Le métier de médecin, généraliste ou gynécologue, consiste la plupart du temps à recevoir en consultations de patients qui viennent pour une pathologie. Lorsque ces professionnel.le.s sont consultés pour de la contraception, cela les amène à modifier leur manière d'interagir avec le patient. Il leur faut alors s'adapter à une consultation centrée sur l'écoute, où la patiente a une place centrale, entre autres par les informations qu'elle va apporter, son mode de vie, le fonctionnement de son corps, ses expériences en termes de contraception, ses attentes et besoins. Il est possible d'imaginer que ce changement de démarche soit plus aisé pour les sages-femmes, car traitant de moins de pathologies, elles ont davantage l'habitude de fonctionner avec cette relation où le patient n'est pas malade et est expert de son corps. En effet, les sages-femmes sont des « spécialistes de la physiologie ». Parce que le normal/physiologique prend de nombreuses formes, le métier de sage-femme repose par définition sur l'écoute du ressenti des femmes et des couples, sur la compréhension de leurs émotions. Parce que ce métier est à l'origine un métier tourné autour de la grossesse, et que la grossesse n'est pas une maladie, le métier de sage-femme est bien moins centré sur les pathologies.

Le métier de sage-femme est, dans l'opinion publique et en pratique, un métier du « care » (terme anglais qui désigne la « sollicitude » et/ou le « soin ») (29). Les compétences des sages-femmes mises en avant sont leur empathie, leur disponibilité, leur proximité avec les patientes. Les médecins sont davantage valorisés pour leur professionnalisme, leur technicité. Cette vision des deux métiers est très bien illustrée par leur description dans les fiches métiers sur le site du gouvernement (30) : concernant les sages-femmes, dans la rubrique compétences requise, les premiers mots sont *“sens du relationnel”*. L'article décrit ensuite : *“Sa capacité à établir une relation de confiance avec la patiente est primordiale. C'est un métier d'aide et de soutien, où pédagogie et disponibilité sont indispensables.”*. En revanche, le gouvernement décrit : *“Les médecins spécialistes sont avant tout des praticiens de haut niveau.”* et *“Le (médecin) généraliste, par définition, doit avoir des connaissances médicales très étendues pour dépister les affections de ses patients.”*

La différence de représentations de ces trois métiers va impacter la formation des professionnels de ces filières, et par la suite leur positionnement avec les patientes. Ainsi, la sage-femme E.E (33 ans) déclare *“je me mets assez facilement à côté d'elles (les patientes)”*. Lorsque je pose la question des aspects positifs de leur métier, les trois sages-femmes me parlent de la dimension humaine, relationnelle. Ce point positif est aussi cité par les deux gynécologues et deux des médecins généralistes, mais les professionnels évoquent aussi leur appétence pour la dimension scientifique de leur métier, et Dr C. (gynécologue, 35 ans) dit aussi apprécier les gestes techniques qu'elle a l'occasion de réaliser. Dr G. (médecin généraliste, 36 ans) lui n'aborde pas du tout la notion du relationnel lors de notre entretien.

Au cours de consultations que j'ai observées, les sages-femmes ont montré une certaine proximité avec les patientes :

Cabinet de E.E (Sage-femme, 33 ans) le 16 novembre 2023

Consultation avec Mme X. (40 ans, sénégalaise, parle très peu français).

E.E s'adresse à la patiente en la vouvoyant, puis finit par la tutoyer. Elle demande des nouvelles de ses enfants, dont le plus jeune est présent, dans une poussette. E.E utilise pour se faire comprendre des mots simples, des phrases courtes, elle fait beaucoup de gestes avec les mains. Le mari de Mme est présent les trois premières minutes pour traduire le temps de l'interrogatoire puis reste dans la salle d'attente avec l'enfant.

Cabinet de H.H (Sage-femme, 29 ans) 21 mars 2024

Mme Y. (37 ans), venue pour un contrôle et pour avoir des informations sur la contraception définitive

*La patiente annonce à la sage-femme qu'elle s'est séparée de son mari récemment. La sage-femme demande à Mme des nouvelles de ses deux enfants, demande comment ils vivent la séparation. Cet échange dure une dizaine de minutes et finalement la patiente lui montre des photos de sa fille, qui vient d'avoir 3 ans. « Elle est dans sa phase la reine des neiges » *rires*.*

Le fait que Mme Y. raconte spontanément sa séparation avec son conjoint montre que cette idée de la relation proximale avec la sage-femme est aussi intégrée du côté de la patiente, et que celle-ci se sent à l'aise pour évoquer sa vie personnelle avec la professionnelle.

La Dr C. a aussi un contact assez familial avec les patientes, mais d'une manière qui m'a semblé différente. Les échanges restent dirigés autour de questions qui, si elles touchent à la vie personnelle de la patiente, ont tout de même un intérêt anamnestique dans la consultation : des questions concernant par exemple la vie sexuelle de la patiente, le vécu de ses cycles. Par exemple à la fin de la consultation de Mme Z, 25 ans, la patiente explique qu'elle passe le concours de gardien de la paix bientôt et donc qu'elle « *croise les doigts très très fort* » pour que les cycles se régularisent car il n'est pas envisageable de saigner pendant cette épreuve très physique. Je crois déceler dans le ton de la patiente une envie d'ouvrir la conversation vers ce sujet, mais la médecin conclut : « *Je comprends, on espère alors* ».

Enfin, lors de mon après-midi d'observation auprès de Dr A. (gynécologue, soixantaine d'année), la médecin restait très médicale dans ses échanges avec les patientes, n'abordant quasiment pas de questions concernant leur vie privée. Mes observations ayant été peu nombreuses, il ne s'agit pas de généraliser ces conclusions, mais plutôt de faire l'hypothèse que l'identité professionnelle peut jouer dans la construction de la relation à la patientèle. Il faut enfin garder à l'esprit que, si cette différence de contact peut être liée à la profession, on peut aussi supposer que chaque professionnel.le possède une aisance dans la proximité avec les patients qui n'est pas la même, qu'il peut être ardu pour certains de rentrer dans l'intimité de ces derniers.

De plus, le métier de sage-femme est une « jeune » spécialité en contraception. En effet, l'article 86 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 modifie l'article L4151-4 du code de la santé publique : les sages-femmes peuvent depuis assurer le suivi gynécologique préventif et de contraception des femmes ne présentant pas de pathologies (31). Elles sont par la même occasion habilitées à prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs. Les compétences des sages-femmes en termes de contraception, et donc l'adaptation de leur formation sur ce sujet, ont donc vu le jour dans une période où le modèle contraceptif classique était déjà remis en question. On peut émettre l'hypothèse qu'en conséquence, ce qui a été appris aux sages-femmes est plus proche de la dynamique actuelle en termes de contraception en France. À contrario, puisque la formation des médecins est ancienne, il faut pouvoir déconstruire ce qui n'est plus adapté aux évolutions sociales.

Une autre explication des différences entre les professions est la différence de formation : les métiers de gynécologue et sage-femme sont spécialisés en gynécologie et en obstétrique, ils ont donc des formations assez approfondies sur la thématique de la contraception dans leur cursus. Cela se ressent dans les consultations de Dr C. (gynécologue, 35 ans) : en effet lors des deux consultations que j'observe auprès de cette dernière où la patiente souhaite des informations concernant la contraception, la médecin présente un panel assez exhaustif des moyens disponibles : elle évoque la pilule, le patch, l'anneau, le stérilet et l'implant. Dans un des deux cas elle parle aussi du diaphragme à utiliser avec un gel spermicide, et de la contraception masculine (le slip chauffant et la vasectomie), le conjoint étant présent.

Je fais ce même constat auprès de D.D (Sage-femme, 32 ans) qui, comme décrit auparavant, a une formation assez poussée en gynécologie.

Cabinet de D.D, 22 janvier 2024,

Patiente albanaise, 26 ans, qui vient car elle a reçu le papier pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

H.H : « Est-ce que vous avez un, une, des partenaires sexuels ? »

La patiente répond qu'elle est mariée depuis 10 ans. Elle a deux enfants, n'utilise pas de contraception depuis son dernier enfant il y a 3 ans, son mari pratique la méthode du retrait. Mme utilisait une pilule avant mais elle a « lu la notice un jour et alors (elle a) arrêté ».

H.H sort son porte-folio avec les fiches d'information sur les différentes contraceptions.

« Il y a les contraceptions locales : le préservatif externe, interne, le diaphragme ; la contraception basée sur le cycle, le retrait. Toujours sans hormones : il y a le dispositif intra-utérin au cuivre, qui peut augmenter le flux et les douleurs. Il y a ensuite les contraceptions hormonales : la pilule, le patch, l'anneau ou bien avec une seule hormone : la pilule, l'implant, le système intra-utérin. Avec celles-là il n'y a pas forcément de règles. Enfin il y a la contraception définitive masculine ou féminine, ça c'est quand il n'y a plus de projet de grossesse. »

Mme veut avoir ses règles : la sage-femme lui explique que dans ce cas il faut partir plutôt sur une contraception non-hormonale ou hormonale discontinue. Elle dit à la patiente que le patch et l'anneau ne sont pas remboursés, à 10-15€/mois.

La patiente ne sait pas trop, elle prend la plaquette d'info en photo.

La sage-femme propose qu'elle revienne si elle veut en rediscuter.

D.D est particulièrement exhaustive dans la présentation des différents moyens de contraception, on peut supposer que son implication dans les formations en gynécologie joue un rôle ici.

En revanche, les médecins généralistes traitent de très nombreuses problématiques différentes : ils doivent être très polyvalents et ne peuvent donc pas avoir une formation très pointue et approfondie dans tous les domaines. Cela peut expliquer que Dr G. (médecin généraliste, 36 ans) ne parle pas spontanément de l'anneau, la cape ou les injectables car, comme il l'énonce lui-même, il ne *“connaît pas très bien en fait”*, et que Dr. E.Z. (médecin généraliste, 30 ans) ne parle pas du stérilet au cuivre comme contraception d'urgence car il reconnaît ne pas savoir que c'était une possibilité. De plus, aux variations entre les spécialités s'ajoutent des variations entre les individus.

B. Des variations inter-individus

En effet, même découlant d'une formation identique, les professionnel.le.s vont avoir des parcours différents qui vont impacter leur pratique. Tout d'abord par les autres professionnels qu'ils vont rencontrer au cours de leurs études ou de leur carrière.

Ainsi, Dr F. (médecin généraliste, 30 ans) évoque un stage très marquant de son parcours, qui a eu lieu alors qu'il était interne dans un cabinet libéral. Il y a rencontré un médecin généraliste qui a changé sa pratique sur plusieurs points : *“l'essentiel des connaissances médicales que j'ai actuellement, je les ai de ce stage-là. Alors que j'avais déjà appris des choses, que j'en ai appris par la suite. Et donc ça, c'est un stage qui a beaucoup*

changé ma pratique. [...] pendant le stage que j'avais avec le médecin justement, génial, on s'était refait un point contraception. Et on s'était posé la question à ce moment-là, comment ça se passait dans les autres pays. Et on s'était rendu compte que dans les pays nordiques, ils mettaient presque en première intention le stérilet. On s'est dit, voilà, c'est quand même rigolo, pourquoi nous c'est pas le cas. En fait, on avait l'impression que la France, c'était un cas spécifique où on ne mettait pas le stérilet. Et donc on s'est dit, bon ben c'est un truc culturel, on n'avait pas trop la réponse sur le sujet. Mais du coup j'aborde ça avec les patientes. Je leur dis bah le stérilet je le mets au même niveau que les autres, parce que déjà c'est plus efficace - enfin pas par rapport à l'implant, mais par rapport à la pilule - et en plus bah les autres le font alors on peut le faire aussi. Il était incroyable ce médecin.”

Dr F. exprime à quel point la rencontre de ce médecin a eu un impact sur sa pratique. Parce que le cursus des métiers de la santé est constitué en grande partie par des stages, il est alors influencé par les différents professionnels rencontrés à cette occasion.

Les expériences vécues par les praticien.ne.s peuvent aussi exercer une influence. Ces derniers en ont d'ailleurs souvent conscience. Ainsi, le Dr C. (Gynécologue, 35 ans) souligne : *“pareil y a un biais parce que toutes les IVG que je fais sur stérilet des stérilets en cuivre hein, c'est pas les hormonaux”*.

En effet, Dr C., en plus de son activité au cabinet, réalise trois demi-journées de vacations d'IVG à l'hôpital. Elle a à plusieurs reprises réalisé des IVG de patientes ayant eu des grossesses non prévues alors qu'elles étaient sous contraception via un stérilet au cuivre. En revanche, elle n'a pas le souvenir d'avoir eu le même cas avec des stérilets hormonaux. Cette expérience l'incite, dans son discours, à avoir une préférence pour le stérilet hormonal plutôt que celui au cuivre. Mais cette vision est biaisée, comme l'exprime elle-même Dr C., car par définition lorsqu'on réalise les IVG on ne voit que les échecs de contraception, et non pas l'immense majorité des cas où la contraception a été efficace.

Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) m'a également, entre deux consultations, raconté l'histoire d'une patiente de 37 ans venue consulter pour des douleurs pelvi-périnéales. Dr A. a alors fait un examen au spéculum : le cancer du col était évident cliniquement, à un stade avancé. La patiente est décédée six mois plus tard. Cette femme avait été suivie par un médecin généraliste tous les ans pour renouveler sa pilule, qui n'avait jamais réalisé d'examen clinique. Dr A. me raconte ce souvenir pour appuyer son opinion sur la remise en question des examens

gynécologiques systématiques. Pour elle cet examen est indispensable, pour éviter ce genre de cas de figure. Cela vient confirmer comment certaines expériences marquantes viennent ensuite influencer la pratique des professionnel·le·s.

Certaines patientes peuvent également jouer ce rôle. Ainsi, E.E (sage-femme, 33 ans) raconte : *“l’année dernière j’ai eu une patiente qui a eu une perforation avec une migration de son DIU et qui a rejeté la faute sur moi, qui m’a traitée d’incompétente, fin voilà ça s’est pas très bien passé {...} et du coup je pense que depuis ce temps-là j’explique encore plus”*

Dans ce cas de figure, l’évènement indésirable vécu par E.E l’a amenée à apporter une information plus poussée concernant les risques d’une pose de stérilet. De la même manière, j’ai été étonnée de voir H.H (sage-femme, 29 ans) donner à une patiente une feuille intitulée “Information des risques et consentement à la pose du stérilet”, qu’elle lui demande de ramener signée le jour de la pose du dispositif. Lorsque que j’interroge la sage-femme, elle m’explique que ce document est donné systématiquement par ses trois collègues et elle-même depuis peu de temps. La raison est qu’elles ont toutes les quatre, H.H il y a de ça deux ans, fait face à une confrontation avec une patiente à la suite de perforations utérines après une pose de stérilet. Les quatre patientes ont engagé des procédures avec demande d’expertise et implication d’un avocat.

Les expériences de parcours peuvent être bénéfiques aux professionnel·le·s en permettant une remise en question de leur pratique, et parfois une amélioration de cette dernière. Mais le problème qui peut alors se poser est le risque de systématisation à la suite d’un évènement indésirable. La difficulté est alors de trouver l’équilibre dans la balance bénéfice/risque : il peut être compliqué d’arriver à intégrer cette expérience dans sa pratique sans basculer dans l’hypervigilance.

Les patientes peuvent également jouer par leur demande même. Dr F. (médecin généraliste, 30 ans) explique que pendant ses études il n’avait pas pour habitude de prescrire des anneaux, mais que depuis qu’il a commencé à pratiquer, il a *“plein de patientes sous anneau vaginal, alors du coup je me suis habitué à le faire”*. Il l’évoque donc maintenant de façon systématique lorsqu’il présente les différents moyens de contraception existants. Alors qu’au contraire, Dr B. (médecin généraliste, 58 ans) reconnaît ne plus en parler systématiquement :

“Alors l’anneau vaginal je vous avoue que non, je n’en parle plus. Je l’ai beaucoup prescrit à une période... Enfin beaucoup... ça a été la mode du Nuvaring il y a une vingtaine

d'années, puis là maintenant j'ai pas l'impression que ça soit bien dans le truc. En tout cas, personne m'a demandé de renouveler récemment."

Parce que Dr B. n'a ces dernières années pas eu de demande de patientes pour le Nuvaring, elle a arrêté de l'intégrer dans son discours, considérant que ça n'est plus "*à la mode*".

Les représentations des professionnels sont enfin un dernier élément de réponse à ce qui peut expliquer les disparités de pratiques.

Dr. B. explique ainsi :

"Est ce que vous diriez qu'il y a des facteurs de la patiente qui vous ferait avoir une attitude plutôt qu'une autre ?

- Je pense les conditions socio-économiques... On va parler plus facilement... des contraceptions moins fréquentes avec des patientes qui se sont déjà renseignées en fait, qui comprennent bien ce qu'on leur raconte, qui se sont déjà renseignées et avec qui on peut discuter, avec qui c'est à peu près fluide quoi. Je pense qu'effectivement, je pense que les conditions... socio-économiques c'est peut-être pas le bon terme, mais la capacité de compréhension".

Instinctivement, Dr G. a associé la capacité de compréhension au niveau socio-économique, ce qui va l'inciter à ne pas parler de tous les moyens de contraception dans ce cas car il imagine que la patiente n'est alors pas en capacité de comprendre. Aurore Koechlin, dans son livre *La norme gynécologique*, va dans le même sens, en montrant le lien qui est fait par certains praticiens entre classe, culture et capacités de compréhension, qu'elle a pu observer lors de ses entretiens (32).

Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) exprime aussi des représentations qu'elle a concernant certaines patientes : *"après y a les psychotiques, les oublieuses, y a tous les cas particuliers donc j'en mets aussi (des implants) j'ai rien contre. (...)*

- Et la question de la contraception définitive vous l'abordez en systématique ?*
- Bah je vais l'aborder dans les patientes qui ont fait leurs enfants évidemment, et où je sens qu'elles sont psychologiquement stables aussi"*

À partir de leurs représentations, les professionnel·le·s vont développer des préjugés sur leur patiente. Le risque de se fier à son ressenti est qu'il revient souvent à classer les femmes dans des catégories hermétiques et à trier les informations à leur donner en fonction. Or comment définir d'une patiente qu'elle est "*psychologiquement stable*", qu'elle n'est pas une "*psychotique*" ou une "*oublieuse*" en vingt minutes de consultation ? Ce mécanisme est celui de l'attitude, qui peut être défini comme "*une*

préparation, organisée par l'expérience, exerçant une action directive ou dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets ou situations auxquels il est confronté" (G.W. Allport). Les attitudes amènent à un état d'esprit qui va avoir un impact sur la pensée, et donc sur la manière d'agir. Dans le cadre du soin, ce sont les informations délivrées et la prise en charge qui va alors varier en fonction des attitudes de chaque professionnel.

Mais la consultation de contraception est une interaction entre professionnels et patientes, et de ce fait ces dernières ont aussi un rôle à jouer dans le déroulé de leur prise en charge.

4. Le rôle des patientes

A. Des corps, objets dans le soin

Durant les consultations que j'ai pu observer auprès de D.D (32 ans), la sage-femme a proposé à quatre patientes de poser le spéculum elles-mêmes. La totalité d'entre elles ont décliné, la raison principale évoquée étant qu'elles ne sauraient pas faire. Comment expliquer que ces femmes considèrent qu'un soignant est plus qualifié pour savoir comment insérer un objet dans leur propre corps ?

La place du corps dans le monde médical a fait l'objet de nombreux débats, scandales, discussions. Un soignant est un spécialiste du corps théorique : il sait l'anatomie, le nom des organes, leur place, leur fonctionnement. Mais la femme connaît son corps vécu (33). Elle sait les sensations qui rythment ses cycles, les douleurs de ses règles, la variation de ses humeurs. Tous ces aspects que l'objectification nie. L'objectification est le processus par lequel *"le corps, les parties du corps, ou les fonctions sexuelles d'une femme sont séparées de sa personne, réduites à un statut d'instrument ou considérées comme capables de la représenter"* (Bartky 1990). Ce concept peut être illustré par la phrase prononcée par E.E (Sage-femme, 33 ans) *"c'était surtout ça les prises en charge gynéco c'était les seins, les ventres..."* Ici, la sage-femme décrit les différentes prises en charge des femmes à l'hôpital par la partie du corps qu'elle concerne.

Notre sujet soulève deux problématiques : celle de l'objectification du corps dans le soin par sa médicalisation, additionnée à l'objectification du corps de la femme dans

notre société. Les médias, l'éducation et la culture mettent au premier plan l'importance de l'apparence de la femme. Les filles, adolescentes puis femmes adultes vont grandir dans un environnement où leur corps physique est matière à remarques, critiques, compliments. La société qui objectifie le corps des femmes les amène alors à internaliser cette façon de penser : c'est l'auto-objectification (34). Cette notion est intéressante pour comprendre le positionnement des patientes, entre autres cette situation du refus d'auto-insertion du spéculum. Mais elle permet aussi d'éclairer certains éléments dans le déroulé d'une consultation. Par exemple, dans les salles de consultation de Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années), Dr C. (gynécologue, 35 ans), et H.H (sage-femme, 29 ans), les femmes se déshabillent à la vue du praticien. En effet, la disposition de la pièce ne comprend pas de paravent ou autre élément qui permettrait à la patiente d'ôter ses vêtements dans une certaine intimité. Cela peut aussi expliquer que Dr A. et Dr C. prennent la tension artérielle des patientes alors que ces dernières sont partiellement ou entièrement nues, les pieds dans les étriers de la table d'examen. Ces femmes professionnelles de santé perpétuent ce qu'elles ont internalisé. Mais c'est le cas également des patientes, qui y ont été socialisées. De plus, comme évoqué auparavant, s'ajoute ici la dimension de l'objectification du corps dans le soin, indépendamment du genre. Parce que la médecine est une science, elle examine, analyse, mesure. Pour cela elle prend alors possession du corps des patients pour pouvoir le considérer comme un objet d'étude, et le faire rentrer dans des catégories, correspondre à des critères. On pourrait alors dépeindre l'objectification du corps dans le monde médical de la manière suivante : *“Le corps exproprié du malade, c'est, en quelque sorte, le résultat de l'appropriation par la médecine d'un corps vidé de sa substance vécue et singulière (de sa chair, diraient les phénoménologues) et rabattu sur un corps anatomique valable indifféremment pour tous”* (35).

L'objectification du corps en médecine potentialisée par l'objectification du corps de la femme amènent à une dépersonnalisation de l'enveloppe corporelle des patientes, et par la même occasion à un oubli de la pudeur :

Cabinet du Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) le 6 novembre 2023 :

La patiente de 20 ans vient pour une échographie endovaginale. Elle porte un jean gris, pull, blazer noir, des lunettes.

Au moment de réaliser l'échographie, la médecin insère la sonde sans rien dire à la patiente. Elle retire la sonde puis annonce « On va juste regarder les seins » : Dr A. soulève elle-même le pull de la patiente, puis lui fait enlever son soutien-gorge.

Elle prend ensuite la tension artérielle de la patiente alors que cette dernière est encore nue dans les étrières.

La médecin ne demande le consentement ni ne prévient la patiente de ses gestes, qui pourtant sont très intrusif dans l'intimité de la patiente, notamment l'insertion de la sonde d'échographie dans le vagin de la patiente.

Mais cet oubli de la pudeur peut finir par concerner les patientes elles-mêmes :

Cabinet du Dr C. (gynécologue, 35 ans) le 3 octobre 2023 :

La patiente de 63 ans vient pour des résultats d'analyse.

Pendant qu'elle discute avec la médecin, la patiente commence à se déshabiller spontanément devant le bureau de Dr C., sans même aucune consigne de cette dernière.

Pour la patiente de 63 ans, dont on peut faire l'hypothèse qu'elle a été socialisée pendant de longues années à la norme gynécologique, consultation gynécologique est devenue synonyme d'examen clinique, elle se met nue devant la praticienne sans aucune hésitation ni gêne aucune.

Cette manière de considérer et de voir le corps est tellement intégrée que les gestes sont machinaux et que cette perpétuation de la dépersonnalisation se fait de manière non conscientisée, sans volonté aucune d'humilier ou de porter préjudice.

La considération du corps des patientes comme une simple enveloppe anatomique amène à plusieurs conséquences : d'abord un retrait de l'implication de la femme dans son propre corps. De là peut découler l'intégration de l'idée que les soignants savent alors mieux qu'elle ce qui lui convient, notamment en termes de contraception. Du côté des soignants, cette objectification peut amener à considérer que tous les corps sont les mêmes et alors à les traiter sans distinction. Inévitablement, si l'on considère que le corps de la femme est un objet du soin, comme tout objet on ne lui reconnaît pas de qualité propre. Donc, de la même façon qu'on établit une notice pour un objet, on suppose alors qu'on peut établir un "protocole" contraceptif applicable à tout corps. Ce qui nous ramène à l'établissement d'une norme – la norme contraceptive.

Parce que cette vision du corps dans le soin est problématique, certains professionnels intègrent dans leur manière de faire des éléments pour permettre aux

femmes de se le réapproprier. Ainsi dans les cabinets de E.E (sage-femme, 33 ans) et D.D (sage-femme 32 ans), un paravent permet aux patientes de se déshabiller à l'abri du regard du praticien. De même, H.H (sage-femme, 29 ans) découpe un bout de drap d'examen pour couvrir la patiente lorsqu'elle retire son bas. La proposition aux patientes d'insérer elles-mêmes le spéculum fait aussi partie de cette dynamique. La table d'examen en elle-même a aussi son importance : les trois sages-femmes ont des tables sans étriers, et un coussin d'allaitement fait office d'oreiller pour les patientes. Cette adaptation du matériel contribue à rendre la pièce moins médicale, plus confortable. Ces éléments s'intègrent dans une dynamique actuelle de ce que nomme Camille Froidevaux-Metterie le "*tournant génital du féminisme*". Le mouvement de lutte pour l'émancipation des femmes s'est battu au vingtième siècle d'abord pour la liberté économique, politique et sociale des femmes ; de nos jours on observe un tournant vers une "*bataille de l'intime*" (36). Ce caractère plus qu'actuel de la revendication d'une dés-objectification du corps féminin peut expliquer un certain clivage entre les professionnels, en fonction de leur positionnement dans cette lutte.

Ce mouvement qui encourage les femmes à reprendre possession de leur corps et leur intimité passe aussi par l'autonomisation de ces dernières, la reconnaissance qu'elles sont sachantes.

B. Des patientes sachantes

Dans notre société, les vecteurs de communications sont multiples et rendent l'information accessible à tous. Cette évolution rend la frontière sachant/apprenant plus floue, les soignants n'ayant alors plus le monopole du savoir. De plus, l'autonomie du patient et son rôle dans les parcours de soin est de plus en plus valorisée. Ainsi la HAS (Haute autorité de santé) encourage un "*partenariat*" et reconnaît une "*complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient*" (37). Est ainsi née l'expression d'"expertise profane" : cet oxymore oppose l'expert "*Qui connaît très bien quelque chose par la pratique*" au profane, "*Qui est ignorant en une science, en un art, qui n'y est pas initié*" (Larousse). Cet « empowerment » (terme anglais qui désigne le processus par lequel l'individu s'émancipe, s'autonomise) du patient peut être déstabilisant pour les professionnel.le.s, et il est plus ou moins bien accueilli selon chacun. Certains praticiens peuvent en effet se sentir remis en question dans leur position de sachant, comme Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) :

Dr A. *“Moi j’insiste, au jour d’aujourd’hui, sur les avantages/inconvénients de chaque méthode. Parce qu’en fait y a une désinformation catastrophique sur les réseaux sociaux là-dessus (...) Avec les réseaux sociaux les gens, ils lisent de l’information scientifique plus ou moins juste, je dis pas que tout est faux mais il faut déjà être à même de la comprendre, c’est pas si simple.”*

Il est difficile pour Dr A. de voir cette source d’information extérieure comme complémentaire, comme un élément positif qui permet aux femmes de s’éduquer dans ce domaine. De son point de vue, les informations qui viennent de l’extérieur sont plutôt de la *“désinformation”*. En effet, une méta-analyse d’études analysant les « infodémies », la désinformation, les fausses informations et les « fake news » liées à la santé a montré que la diffusion de fausses informations en santé, ou leur mauvaise interprétation, avait de réelles conséquences : elles peuvent amener à un retard de prise en charge et favorisent les traitements expérimentaux (38). Ce phénomène a d’autant plus été observé dans le cadre de crises sanitaires, avec les « infodémies ». Ce terme décrit la diffusion d’une grande quantité d’un mélange d’informations exactes et inexactes ; une épidémie d’information. Mais certaines des études analysées ont aussi mis en avant des aspects positifs des médias sociaux : ils permettent de meilleures connaissances, un respect accru des recommandations, des comportements plus positifs en matière de santé. Dr B. (médecin généraliste, 58 ans) reconnaît que les patientes aujourd’hui sont plus renseignées :

“j’ai l’impression que les jeunes sont beaucoup mieux informés (...) je trouve qu’on a moins des nunuches qu’avant. Mais parce que bon, moi j’ai quand même connu la période, on voyait des gamines de 14 ans qui étaient enceintes et qui avaient pas compris ni comment ni pourquoi. Enfin si y avait eu un rapport quoi. Et pour elles un rapport c’était pas assez. J’ai eu aussi une période où on avait des femmes qui prenaient la pilule que quand elles avaient des rapports, mais ça tout ça maintenant, j’ai l’impression que c’est fini quoi, ça va mieux. (...) Les questions sont d’emblée beaucoup plus élevées. C’est pas « qu’est-ce que je peux faire ? » C’est « je veux prendre ça où ça, où ça où ça et vous en pensez quoi ? ».

Dans le discours de Dr B. cette popularisation de l’information est positive : elle permet une meilleure éducation des femmes à la santé sexuelle et contraceptive, et une diminution des grossesses non désirées dues à un manque de connaissances sur le sujet. L’information et l’autonomie sont intrinsèquement liées : parce que le patient a des connaissances, il va alors pouvoir développer un esprit critique, réfléchir sur sa prise en charge et émettre une opinion. Il va ainsi se détacher de la relation verticale

soignant/patient et se diriger vers une interaction plus horizontale où chacun apporte des éléments de réponse à une situation, par ses connaissances respectives. La femme étant experte de son propre corps, elle sait des aspects de ce dernier que le professionnel ne connaît pas.

On peut supposer que de cette vision positive ou néfaste de l'information des patients va découler un comportement différent. Les professionnel.le.s qui voient l'édification des patients comme un progrès vont alors avoir tendance à favoriser cette dynamique C'est le cas par exemple de E.E :

Cabinet de E.E (sage-femme, 33 ans) le 16 novembre 2023 :

Patiente de 23 ans, vient car a été traitée pour une infection mais présente toujours des douleurs. A un dispositif intra-utérin Jaydess depuis 2022

Au moment de passer à l'examen : « Vous me dites quand vous êtes prête, prenez le temps qu'il vous faut » (pour se déshabiller)

La table d'examen est au fond de la pièce derrière un paravent

La sage-femme propose à la patiente un miroir pour regarder, la patiente accepte.

« Vous me dites quand je peux vous examiner » « ça va je ne vous fais pas mal ? »

La sage-femme note une sécheresse, elle explique à la patiente ce qu'elle voit, ce qu'elle fait. Propose à la patiente de mettre le spéculum elle-même : la patiente accepte

« Je vais l'ouvrir tout doucement, si ça ne va pas vous me dites stop »

Tient le miroir pour montrer à la patiente, lui fait regarder les fils bleus

« Je vais poser la main sur le ventre et je vais vous examiner avec un toucher vaginal quand vous êtes prête »

Explique à la patiente comment s'auto-examiner pour vérifier que les fils sont toujours à la même longueur, signe que le stérilet n'a pas bougé.

De la même manière, E.E propose systématiquement aux patientes si elles veulent poser le spéculum elles-mêmes, comme le fait aussi la sage-femme D.D. Cette manière de faire encourage l'autonomie de la patiente en l'intégrant de manière active dans son parcours de soin. Cela renforce l'idée que la patiente doit comprendre et maîtriser ce qui concerne son corps, qu'elle est sachante.

Mais l'information peut aussi être délétère. C'est ainsi que plusieurs études se sont penchées sur la question de l'effet nocebo. Il a ainsi été démontré que lorsqu'un patient connaît les potentiels effets secondaires d'un médicament, il a plus de risque de les présenter (39).

Cet effet nocebo est effectivement craint par Dr A. :

Cabinet du Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années)

Patiente de 20 ans venant pour dysménorrhées s'aggravant.

Dr A. fait une ordonnance d'Optilova pour 1 an, et donne comme consigne à la patiente de revenir si la pilule est mal tolérée. La patiente demande alors :

« Quand vous dites mal tolérée c'est les effets secondaires c'est ça ?

*- Oui mais je vais pas vous dire lesquels, c'est vous qui allez tester *rires* »*

Une fois la consultation terminée, Dr A. m'explique que si on prévient les patientes des effets indésirables, elles ont ensuite tendance à dire qu'elles les ressentent.

Cette consultation illustre parfaitement toute la problématique de l'information. Les craintes de Dr A. sont justifiées, puisque ce phénomène a été démontré. Le médecin considère alors qu'il serait délétère de donner trop d'éléments à la patiente, et que le préjudice que pourrait apporter ces renseignements prévaut sur le droit à l'information de la patiente. Le serment d'Hippocrate déclare *“J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.”* On retrouve ainsi dans les quatre principes de l'éthique médicale l'autonomie et la non-malfaisance. La difficulté est donc alors de respecter le droit à l'information du patient sans pour autant lui être délétère. Comment alors concilier le devoir de transparence et l'obligation de ne pas nuire ? C'est un dilemme éthique qui amène chaque professionnel.le à décider comment se positionner.

De plus, la difficulté à cette époque où l'information est omniprésente est de garder à l'esprit que l'accès à cette information reste inégal, tout particulièrement sur des sujets comme la contraception. En effet la contraception est intrinsèquement liée à la question de la sexualité, sujet qui demeure tabou, bien que différemment en fonction des familles, des milieux, des générations, etc. Dans ces situations les professionnel.le.s de santé sont une source d'information précieuse et parfois unique. Dans leur discours, les praticien.ne.s ont l'impression de ne pas influencer le choix des patients car sont ouverts à expliquer toutes les méthodes contraceptives si les patients les abordent.

C'est ainsi le cas de Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années)

“ - Et est-ce que vous parlez des autres types de contraception, l'anneau, la cape cervicale, les spermicides ?

- *Si elles posent des questions*
- *Et du coup les patchs contraceptifs est-ce que vous en parlez en systématique ?*
- *Non, c'est souvent elles qui me demandent"*

De la même manière, Dr G. (médecin généraliste, 36 ans) déclare concernant la contraception définitive : *“Mais après si on m'en parle j'en discute”*

Les professionnel.le.s ne se rendent parfois pas compte, ou oublient qu'ils sont la source d'information principale de certains patients. De ce fait, s'ils ne sont pas exhaustifs, ils influencent forcément le choix de ces derniers en ne les informant pas de toutes les possibilités.

Mais si les professionnel.le.s ont parfois des prises en charge et des comportements qui ne sont pas idéals, cela se dessine aussi en réponse à une difficulté à faire face à de patients qui peuvent être exigeants.

C. Des patientes parfois exigeantes

Dans la majorité de mes échanges avec les professionnel.le.s, le sujet de l'exigence des patients a été évoqué. D.D (sage-femme, 32 ans) et Dr C. (gynécologue, 35 ans) ont toutes les deux utilisé l'expression de *“prestataire de service”*, de manière péjorative, pour décrire une consultation où la patiente arrive avec ce que nomme Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) une *“injonction de prescrire”*. Le professionnel se confronte alors dans cette situation à une exigence de la part du patient, qui sait précisément ce qu'il veut et ne demande ni conseil ni avis ; seulement que l'on accède à sa demande. C'est ce que Dr A. nomme une « *consultation pourrie* ».

Comme évoqué, la contraception est un sujet qui concerne un nombre important de personnes. De cela découle des sources d'informations nombreuses et diverses, qui peut amener certains patients à considérer le ou la professionnel.le comme un simple prescripteur, et non pas comme quelqu'un qui peut les conseiller sur ce sujet.

Or les métiers de sage-femme, gynécologues et médecins généralistes sont des métiers du soin ; sept des huit professionnel.le.s évoquent dans les aspects positifs de leur métier son aspect humain, relationnel, le contact avec les patients. Il y a alors un décalage avec ce qui les a initialement poussés à faire et aimer leur métier, et le rôle presque commercial que leur donne certains patients.

La “consultation pourrie” du Dr A. est assez bien illustrée par la patiente de 20 ans qu’elle reçoit au cabinet en ma présence :

Cabinet du Dr A. (gynécologue, soixantaine d’années) le 6 novembre 2023 :

Une patiente de 20 ans entre, s’assied sur la chaise en face du bureau et déclare d’un ton sec « Je viens pour une écho vaginale et pour une pilule parce que la dernière fois vous m’aviez prescrit la mauvaise

- C’est-à-dire ?

- C’est pas le même dosage que l’ancienne. Ça m’a fait manger tout le temps, j’avais mal au ventre, ça allait pas du tout »

La patiente vient ici avec une idée précise de ce qu’elle veut. Elle expose précisément l’examen et la prescription qu’elle souhaite, voire elle l’exige. De plus, elle remet en question l’expertise de la médecin puisqu’elle lui dit que la pilule prescrite à la dernière consultation était “la mauvaise”.

Cette première phrase que la patiente énonce après s’être assise en face de la médecin instaure immédiatement un climat qui n’est pas propice à l’échange. Cela ressort également des entretiens effectués avec les professionnels :

D.D (Sage-femme, 32 ans) :

“- Et les aspects négatifs de votre pratique ?

- *C’est pas quelque chose que je trouvais négatif à la base, mais je trouve que la qualité de travail se dégrade un petit peu, avec une manière de travailler... moi j’aime bien travailler en complémentarité avec les patientes ; c’est-à-dire que j’aime bien leur apporter des informations pour qu’on puisse se concerter et malheureusement j’ai l’impression que le paternalisme de la médecine est en train de se transformer avec de l’ultra pouvoir de la part des patientes. Et du coup j’ai du mal parfois à pouvoir prendre des décisions qui sont basées sur des faits scientifiques parce que les patients vont avoir une certaine demande. Donc moi je le vis comme une forme de ... c’est un peu lourd comme mot mais c’est pas ça hein, comme une forme de violence c’est à dire que je ne peux pas exercer comme je veux parce que j’ai beaucoup, de plus en plus de personnes qui sont très demandeuses de choses bien précises et finalement on a peu de liberté par rapport à ça. (...) j’ai l’impression que mon métier est plus difficile (...) avec des patients qui sont plus exigeants.”*

Dr A. (gynécologue, soixantaine d'années) :

“Ce qui est décevant c'est qu'au jour d'aujourd'hui vous faites un prélèvement, chez quelqu'un qui a visiblement une infection bien avancée, vous trouvez un gonocoque, vous essayez de la reconvoquer et vous la revoyez jamais, vous savez même pas si elle est soignée. (...) Je crois qu'ils n'ont pas compris que c'est important la relation (...) Le fait de zapper tout le temps comme ça fait que, le jour où ils auront un problème, ils auront personne non plus. (...) Personne s'occupera d'eux au moment où va falloir les prendre en urgence un soir quoi (...) En fait faut lâcher prise, vraiment lâcher prise sur le résultat de soin et on n'a pas été formés comme ça nous. Pas du tout. (...) on est obligés de lâcher prise comme si on était un bien de consommation”

Dr B. (médecin généraliste, 58 ans) :

“Les aspects négatifs bah c'est effectivement c'est la pression qu'ils mettent quoi. Parce qu'il faut toujours les recevoir maintenant, tout de suite, ils ont toujours un truc plus grave l'un que l'autre. Ils tolèrent pas le retard.”

L'exigence des patients revient systématiquement dans les aspects négatifs du métier des professionnels interrogés. L'utilisation du terme de “*violent*” par D.D reflète dans quelle mesure cela affecte la sage-femme. L'intensité de ce problème ressort aussi dans la phrase prononcée par H.H (sage-femme, 29 ans) : “*En fait il y a des patients, vous leur donnez tous et ils vous poignent dans le dos*”. Ces mots ont été prononcés au cours d'un échange que nous avons eu entre deux consultations, où la sage-femme exprime son ressenti que les patients de nos jours sont de plus en plus procéduriers, dans le contexte évoqué plus haut de confrontation avec une patiente qu'elle a vécu concernant une perforation utérine.

Cette problématique peut être illustrée par le modèle du stress au travail construit par Karasek et Theorell en 1990 (40). Ce modèle d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail croise deux dimensions :

- La demande psychologique : elle comprend les exigences imposées, les délais à respecter, la complexité du poste, la fréquence des interruptions.
- La latitude décisionnelle : elle correspond à la possibilité des professionnels à appliquer leurs compétences, et à leur autonomie décisionnelle pour faire face à l'exigence d'un poste.
- Une troisième dimension a été ajoutée ultérieurement : celle du soutien social au travail (social support) qui semble jouer un rôle modérateur du stress.

En 1996 Siegrist (41), de manière assez similaire, établit un modèle du déséquilibre entre effort et récompense. Il décrit un contrat de réciprocité sociale, où les efforts au travail se doivent d'être récompensés par un salaire, une évolution de carrière, une reconnaissance sociale. Il a été démontré qu'un déséquilibre entre ces paramètres, c'est-à-dire un travail où le professionnel ne dispose pas de suffisamment de marge de manœuvre ou de reconnaissance pour faire face aux exigences de son métier peut mener à des conséquences psychologiques et somatiques. C'est ce manque de cohérence entre la demande de patients et la reconnaissance de ces derniers que Dr A., Dr B. et D.D décrivent.

On peut émettre l'hypothèse qu'en réponse à cette tension entre l'exigence forte de certains patients, et leur manque d'investissement et de reconnaissance qui est ressenti par les professionnel.le.s, ces derniers peuvent alors choisir de se désengager de la relation soignant/patient. En découle donc une prise en charge qui en pâtit inévitablement, comme l'exprime Dr A. : *“On va essayer d'expliquer, mais on va être sur la défensive. Forcément. On est des êtres humains. On est en retrait. Du coup y a pas de lien qui se crée.”*

Le rôle des femmes dans leur parcours de la contraception est donc de nos jours en pleine évolution, avec une valorisation de l'autonomie de ces dernières et un accès à l'information qui est beaucoup plus aisé. Mais du fait de ce remodelage du statut de patiente, les praticien.ne.s sont parfois confrontés à des exigences plus importantes de la part des patientes, qui peuvent les mettre en difficulté.

IV. Conclusion

La contraception n'est pas qu'une question médicale. Tout d'abord, elle relève du mode de vie et non d'une pathologie. Ensuite, elle a été exposée sur la scène publique depuis la lutte pour sa légalisation, nourrissant des débats politiques, sociaux et culturels. Ce caractère historiquement controversé de la question, prête à la contraception un statut qui l'expose à des partis pris de la part de professionnel.le.s, et donc à une prise de liberté dans la pratique de ces derniers. En outre, à la multiplicité des parcours universitaires et professionnels des prescripteurs et prescriptrices de contraception s'ajoutent des expériences personnelles qui viennent fragiliser l'impartialité des praticien.ne.s. Ces préférences individuelles, projetées sur les patientes, constituent un frein à l'écoute des envies et besoins de ces dernières.

De plus, la formation des professionnel.le.s - particulièrement des médecins et gynécologues - à la pathologie rend difficile la reconnaissance des femmes comme des patientes non malades, et ne se prêtant donc pas au schéma classique d'une consultation et prise en charge médicale.

Les échanges avec les différents professionnel.le.s et les observations de leur manière de faire ont enfin pu permettre de mettre en lumière la problématique de l'objectification du corps dans le soin et plus particulièrement du corps des femmes dans notre société.

Ces éléments s'intègrent dans un paysage contraceptif français monopolisé par la pilule, encore difficilement remis en cause actuellement. Ce pilulo-centrisme ressort très nettement dans les entretiens avec les professionnel.le.s.

Les échanges avec les praticien.ne.s ont aussi permis de souligner un climat actuel sous tension, soumis à des exigences de patientes mettant en difficulté la relation de confiance entre les professionnel.le.s et les femmes et pouvant dégrader la qualité des échanges.

En conclusion, la diversité des profils des prescripteurs et prescriptrices et la particularité de la question de la contraception en France explique l'hétérogénéité des pratiques la concernant.

Il serait alors intéressant de réfléchir à la possibilité d'une homogénéisation de la formation continue des prescripteurs et prescriptrices de contraception, sur un plan non seulement médical mais aussi dans une démarche de prise en charge globale de la patiente, dans la compréhension de son entièreté en tant que femme, et dans le respect de ses choix. Cela amène à interroger la médicalisation même de la contraception.

V. Bibliographie

1. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. (2017). *Baromètre santé 2016 Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent*. https://www.revuegenesis.fr/wp-content/uploads/2017/09/2017_SPF_Barome%CC%80tre_sante%CC%81_2016_Contraception_2017-09-19.pdf
2. Thébaud, F. (1985). Le mouvement nataliste dans la France de l'entre-deux-guerres : L'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française. *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 32(2), 276-301. <https://doi.org/10.3406/rhmc.1985.1318>
3. Cabut, S., Santi, P., & Krémeri, P. (2012, décembre 17). Alerte sur la pilule. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2012/12/17/alerte-sur-la-pilule_1806558_3208.html
4. Bajos, N., Rouzaud-Cornabas, M., Panjo, H., Bohet, A., Moreau, C., & l'équipe Fécond. (2014). La crise de la pilule en France : Vers un nouveau modèle contraceptif? *Population & Sociétés*, N° 511(5), 1. <https://doi.org/10.3917/popsoc.511.0001>
5. Bajos, N., Leridon, H., & Job-Spira, N. (2004). Introduction au dossier. *Population*, 59(3), 409-418.
6. Conseil des ministres du 24 Juin 1987: Le plan national de lutte contre le SIDA | vie-publique.fr. (1987, juin 24). <https://www.vie-publique.fr/discours/152085-conseil-des-ministres-du-24-juin-1987-le-plan-national-de-lutte-contre-l>
7. François, B., Guilbert, P., & Gautier, A. (2007). *Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé*.
8. INPES, AFSAPPS, ANAES. (2004). *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*.

9. Rahib, D., Lydié, N. (2017). *La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés*. Santé publique France.
10. Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., Moreau, C., & l'équipe de l'enquête Fecond. (2012). La contraception en France : Nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, N° 492(8), 1-4.
<https://doi.org/10.3917/popsoc.492.0001>
11. *Annuaire Conseil national de l'Ordre des médecins*. (s. d.). Conseil National de l'Ordre des Médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>
12. *Annuaire des sages-femmes libérales*. (s. d.). Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. <https://www.ordre-sages-femmes.fr/annuairefplib/>
13. Roux, A., Ventola, C., & Bajos, N. (2017). Des experts aux logiques profanes : Les prescripteurs de contraception en France. *Sciences sociales et santé*, 35(3), 41-70. Cairn.info. <https://doi.org/10.1684/sss.2017.0303>
14. Roux, A. (2022). *Pilule : Défaire l'évidence*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
15. Chombart De Lauwe, P.H. (1966, avril 13). Les problèmes de la contraception débordent largement l'étude des procédés médicaux. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/archives/article/1966/04/13/le-probleme-de-la-contraception-deborde-largement-l-etude-des-procedes-medicaux_2697946_1819218.html
16. Le stérilet, un siècle sur le fil. (2021, avril 10). Dans *Faire l'histoire*. <https://www.arte.tv/fr/videos/094484-014-A/faire-l-histoire/>
17. AFP, G. avec. (2022, juillet 8). *Au Groenland, le drame enfoui de la contraception forcée des femmes inuites*. Geo.fr.
<https://www.geo.fr/histoire/au-groenland-le-drame-enfoui-de-la-contraception-forcee-210800>
18. Christin-Maitre, Sophie. (2022). La contraception à travers le monde. *Med Sci (Paris)*, 38(5), 457-463. <https://doi.org/10.1051/medsci/2022058>

19. Bajos N, Rahib D, Lydié N. (2018). *baromètre santé 2016 Genre et sexualité : D'une décennie à l'autre*.
20. Aubin, C., Jourdain Menninger, D. (2009). *La prévention des grossesses non désirées : Contraception et contraception d'urgence* (RM2009-104A). Inspection générale des affaires sociales. <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/>
21. Pavard, B. (2012). *Si je veux, quand je veux : Contraception et avortement dans la société française, 1956-1979*. Presses universitaires de Rennes.
22. Lucien Neuwirth, l'homme qui a fait passer la pilule. (2017, décembre 19). Franceinfo. https://www.francetvinfo.fr/sante/contraception/la-pilule-et-ses-risques/lucien-neuwirth-l-homme-qui-a-fait-passer-la-pilule_2522161.html
23. Office national de radiodiffusion télévision française (Réalisateur). (1967, juillet 4). *La presse et le contrôle des naissances*. <https://www.ina.fr/ina-eclair-actu/video/i07071912/la-presse-et-le-controle-des-naissances>
24. French, R., Sorhaindo, A. M., Van Vliet, H. A., Mansour, D. D., Robinson, A. A., Logan, S., Helmerhorst, F. M., Guillebaud, J., & Cowan, F. M. (2004). Progestogen-releasing intrauterine systems versus other forms of reversible contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001776.pub2>
25. *Contraception · Inserm, La science pour la santé*. (s. d.). <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/>
26. Debest, C., & Hertzog, I.-L. (2017). “Désir d'enfant - devoir d'enfant” : Le prix de la procréation. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, 29-51. <https://doi.org/10.4000/rsa.1907>
27. *Naissances et taux de natalité : Données annuelles de 1982 à 2023*. (2024, janvier 16). INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>
28. UNAF. (2024, janvier 11). 2023 : *Bilan démographique*. <https://www.unaf.fr/app/uploads/sites/3/2024/01/cp01-demographie.pdf>

29. Le Dû, M. (2019). Synthèse entre cure et care : Les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio*, 49, 137-151. <https://doi.org/10.4000/clio.16300>
30. *Rechercher un métier* | *ljeune1solution*. (s. d.).
<https://www.ljeune1solution.gouv.fr/decouvrir-les-metiers?fiche-metier%5Bquery%5D=gyn%C3%A9cologue>
31. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-10) - Légifrance. Consulté 14 avril 2024, à l'adresse
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171285?init=true&page=1&query=L4151-1&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000031930152#LEGIARTI000031930152
32. Koechlin, A. (2022) *La norme gynécologique : Ce que la médecine fait au corps des femmes*. Éditions Amsterdam. 188-195.
33. Leroy, F., Caron, R., & Beaune, D. (2007). Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(7), 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.04.013>
34. Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173. Academic Search Index.
35. Leroy, F., Caron, R., & Beaune, D. (2007). Objectivation du corps en médecine et incidences subjectives. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(7), 465-471. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.04.013>
36. *La « bataille de l'intime », par la philosophe Camille Froidevaux-Metterie*. (2021, février 18). Centre Pompidou.
<https://www.centrepompidou.fr/fr/magazine/article/la-bataille-de-lintime-par-la-philosophe-camille-froidevaux-metterie>
37. Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2015). *Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi* [Outils d'amélioration des pratiques]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

38. Borges Do Nascimento, I. J., Beatriz Pizarro, A., Almeida, J., Azzopardi-Muscat, N., André Gonçalves, M., Björklund, M., & Novillo-Ortiz, D. (2022). Infodemics and health misinformation: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(9), 544-561. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287654>
39. Maisons, W., Hansen, E., & Enck, P. (2012). Nocebo phénomène in der Medizin. *Dtsch Arztebl International*, 109(26), 459-465.
40. Niedhammer, I., Chastang, J.-F., Levy, D., David, S., & Degioanni, S. (2007). Exposition aux facteurs psychosociaux au travail du modèle de Karasek en France : Étude méthodologique à l'aide de l'enquête nationale Sumer. *Travailler*, 17(1), 47-70. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/trav.017.0047>
41. LANGEVIN V. & BOINI S. (2015). Déséquilibre « efforts/récompenses » (Questionnaire dit de Siegrist). 142, 109-112.

VI. Annexes

1. Grille d'entretien :

Introduction : Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse au déroulé des consultations de contraception, et dans ce cadre je vais vous poser des questions afin de pouvoir connaître et comprendre votre pratique.		
	Sujets à aborder	Formulation
Thème 1 : Parcours	• Motivation à devenir sage-femme/gynécologue/médecin généraliste • Quelles études • Formation continue, spécialisation • Différents lieux et types d'exercice • Aspects positifs/négatifs du métier • Situations marquantes qui ont impacté leur pratique	• J'aimerais tout d'abord que vous puissiez me décrire votre parcours, ce qui vous a mené à exercer ici aujourd'hui ? • Quels sont les différents endroits où vous avez exercé ? • Est-ce que depuis la fin de vos études vous avez fait des formations continues ? • Y-a-t-il des membres de votre famille qui travaillent dans le médical ? • Pour vous quels sont les aspects positifs et négatifs de votre métier? • Pensez-vous à des situations marquantes, des expériences qui ont impacté votre pratique ?
Thème 2 : pratique actuelle	• Type de patientèle • Patientèle régulière ou non • Motifs de consultations les plus fréquents • Temps de consultation	• Actuellement dans votre cabinet quel est le type de patientèle que vous avez ? Est-ce que vous avez des patientes CMU? • Est-ce une patientèle régulière ? • Quels sont les motifs de consultations que vous rencontrez le plus souvent ? • Combien de temps prévoyez-vous pour une consultation ? • Est-ce que vous faites des téléconsultations ?

Thème 3 : Consultation de contraception	• Quels sont les enjeux d'une consultation pour une prescription de contraception • Déroulé habituel d'une consultation pour une prescription de contraception (quelles questions sont posées, quelles infos sont données, quelles propositions faites) • Est ce qu'il y a une consultation type, ou varie en fonction des patientes, comment et pourquoi • Quels sont les facteurs qui influencent la prescription, les informations données, l'attitude vis à vis de la patiente • Qu'est-ce qu'une patiente/une consultation idéale, et quelles sont les situations difficiles/pénibles • Est-ce que la question de l'IVG est abordée • Place de la contraception définitive	• Est-ce que même si ça n'est pas le motif de consultation principal vous posez en systématique la question de la contraception ? • Pour vous, quels sont les enjeux lors d'une consultation d'une patiente qui vient pour une prescription de contraception ? • Comment se déroule habituellement une consultation de contraception ? Est-ce qu'il y a des questions que vous posez ou des informations que vous donnez systématiquement, est-ce que vous suivez une trame ou vous faites au cas par cas ? • Lorsqu'une patiente vient pour une première contraception, ou un changement de contraception, de quelles méthodes de contraception est-ce que vous leur parlez ? • Selon votre expérience, quels sont les facteurs qui pourraient vous influencer dans l'attitude que vous avez face à une patiente, qui vous mèneraient à donner certaines informations plutôt que d'autres et à prescrire une méthode de contraception plutôt qu'une autre ? • Est-ce que vous parlez de la contraception définitive en systématique ? • Est-ce-que vous abordez le sujet de l'IVG sur les consultations de contraception ? • Est-ce que vous faites systématiquement un examen gynécologique ? • Que serait selon vous une patiente idéale, ou une consultation idéale ? • Quelle est pour vous une consultation que vous considèreriez comme pénible ?
Thème 4 : Ressenti du professionnel sur sa pratique	- Est-ce que le professionnel voit des axes d'amélioration sur sa pratique	- Est-ce qu'il y a des situations où vous avez l'impression de manquer de formation pour prendre en charge les patientes de façon optimale ? - Est ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez faire différemment dans votre prise en charge ?

2. Synopsis

		
Synopsis Sujet Personnel Diplôme d'Etat de Sage-Femme Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux Site Lyon Sud		
Étudiant : JARJAT Anouk		
Directeur de recherche si trouvé par l'étudiant : Nom : KOECHLIN Aurore		
THEME : Gynécologie ; contraception		
OBJET DE RECHERCHE : L'information donnée lors d'une consultation pour une prescription de contraception		
Mémoire réalisé dans le cadre d'un Master de biologie humaine : ☐ Oui ☒ Non		
INTRODUCTION/CONTEXTE/JUSTIFICATION La dissociation de la maternité et sexualité est un sujet à la fois actuel et ayant toujours existé. Des méthodes tout d'abord drastiques comme l'abandon ou l'infanticide ont progressivement laissé place à l'apparition de ce que l'on nomme de nos jours la contraception. Cette problématique ne se limite pas à une dimension scientifique, mais prend aussi au cours des époques une dimension sociale et même politique, par exemple dans le contexte de la campagne de l'enfant unique dans la Chine des années 1980. De nos jours la contraception reste un thème central et qui se veut en perpétuel évolution de par la réalisation régulière d'études de cohortes des pratiques contraceptives en France métropolitaine et la publication de nouvelles recommandations, mais aussi par le contexte propre à chaque époque et les événements qui les ont marquées. Alors que l'apparition de la méthode du retrait au cours du XVIII^e siècle marquait la « première révolution contraceptive », l'adoption le 19 décembre 1967 par l'Assemblée nationale du projet de loi porté par Lucien Neuwirth légalisant la contraception marque le début d'une nouvelle ère contraceptive. La mise en parallèle des recommandations nationales concernant la contraception et de la réalité de leur mise en pratique, évaluée via les études menées entre 1978 et 2016 par l'INED sur la population féminine habitant en France métropolitaine, permet de mettre en lumière une application partielle de ces recommandations. En effet, il apparaît que plus que les recommandations, c'est l'opinion publique et les événements marquants qui amènent à des évolutions des pratiques :		

Les années 2012 et 2013 ont été marquées par une forte remise en question des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations suite à la plainte déposée le 14 décembre 2012 par Marion LARAT contre un laboratoire pharmaceutique, après qu'elle ait subi un AVC lourd de conséquences alors qu'elle utilisait une pilule de 3^{ème} génération. Le débat médiatique qui s'en est suivi a amené le ministère de la santé à s'interroger à nouveau sur le risque de thrombose veineuse de ces générations de pilules, et finalement à les dérembourser au 31 mars 2013 afin d'en limiter la prescription. Dans ce contexte polémique, une nouvelle étude FECOND a été menée en 2013 afin d'évaluer l'impact de ce débat médiatique. Suite à ça, 1 femme sur 5 a déclaré avoir changé de méthode contraceptive. Le taux d'utilisation de la pilule avait diminué de 5% depuis 2010, ce qui équivalait en 3 ans à la même perte déjà observée en 10 ans entre 2000 et 2010. Cet abandon de la pilule s'est fait au profit d'autres méthodes : le stérilet a connu un réel essor chez les 25-29 ans avec une augmentation de 8,6% (1). Les types de pilule utilisées ont eux-mêmes été modifiés : les 3^{ème} et 4^{ème} générations qui concernaient 40% des pilules en 2010 ont été réduites à 25% en 2013, au profit des pilules de 2^{ème} génération qui sont passées de 45 à 59% (1). Les recommandations de 2013 ont donc bien eu un impact sur le type de pilule prescrit.

De plus, concernant le préservatif, alors que son utilisation avait diminué entre 1978 et 1988, il est remonté en côte avec un gain de 4% entre 1988 et 2000 (2). Au moment où l'épidémie de SIDA a connu son pic et, dans ce contexte, où la publicité pour les préservatifs a été autorisée en 1987 par Michèle Barzach, secrétaire d'Etat à la santé. Ce moyen contraceptif a alors gagné en légitimité en début de vie sexuelle et lors des rapports avec un nouveau ou une nouvelle partenaire : alors qu'avant 1988 seulement 12,5% des jeunes femmes avaient leur premier rapport avec un partenaire utilisant un préservatif, 87,7 % des jeunes femmes ayant eu leur premier rapport entre 2000 et 2001 avaient un partenaire qui a utilisé un préservatif à cette occasion (3), témoignant de l'impact des campagnes et actions de prévention.

Pourtant, alors que l'ANAES a établi en 2004 qu'« Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès » (4) en 2016 plus de 95 % des moins de 30 ans (hommes et femmes) déclaraient connaître la contraception d'urgence, mais moins de 1% des personnes interrogées connaissaient le délai maximal de 120h. (5)

Et alors que depuis 2004 les recommandations établissent que le stérilet peut être utilisé chez les nullipares, une ébauche réelle de changement de pratique dans ce sens n'a finalement été observée qu'à posteriori du scandale concernant la pilule en 2013 : encore en 2010, 54 % des femmes interrogées considéraient que le stérilet n'était pas indiqué pour une femme n'ayant pas eu d'enfant. Ce pourcentage s'élevait à 69 % chez les gynécologues et 84 % chez les généralistes (6). Il peut donc être supposé que, plus que les recommandations, c'est l'opinion publique qui a amené cette évolution.

Les recommandations seules n'ont donc pas une grande efficacité, et sont beaucoup plus respectées lorsqu'elles apparaissent dans un contexte marquant comme le SIDA ou le scandale de la pilule, car l'opinion publique et l'impact de la médiatisation entrent alors en jeu. Il est donc possible de supposer que c'est alors la demande des patients auprès des prescripteurs qui fait évoluer les choses. Il est alors intéressant d'interroger les praticiens sur leurs habitudes de pratique, et d'essayer de comprendre les raisons qui poussent certains à ne pas suivre les recommandations établies.

PROBLEMATIQUE : (non définitive) :

Quels éléments motivent les différents prescripteurs de contraception à suivre ou non les recommandations établies concernant le type de contraception à prescrire et les informations à délivrer lors d'une consultation de contraception ?

Objectifs :

Objectif principal : Comprendre le potentiel décalage entre les recommandations et les habitudes de prescriptions des différents prescripteurs de contraception (sage-femme, médecins généralistes, gynécologues)

Objectif(s) secondaire(s) : Identifier les facteurs qui guident et influencent les praticiens dans leur pratique

Méthodologie :

Prendre contact avec une dizaine de professionnels de santé prescripteurs de contraception exerçants en libéral à Lyon (sage-femme, médecins généralistes, gynécologues), en partie via méthode boule de neige

Dans l'idéal, réaliser un premier entretien semi-directif, puis assister à des consultations de ce professionnel (une demie journée/une journée, avec une grille d'observation)

1er jet de la grille d'entretien :

Thème 1: Parcours	- Motivation à devenir SF/gynéco/médecin généraliste - Quelles études - Formation continue, spécialisation - Différents lieux et types d'exercice - Aspects positifs/négatifs du métier
Thème 2: pratique actuelle	- Type de patientèle - Patientèle régulière ou non - Motifs de consultations les plus fréquents - Temps de consultation
Thème 3: Consultation de contraception	- Quels sont les enjeux d'une consultation pour une prescription de contraception - Déroulé habituel d'une consultation pour une prescription de contraception (quelles questions sont posées, quelles infos sont données, quelles propositions faites) - Est ce que consultation type, ou varie en fonction des patientes, comment et pourquoi - Quels sont les facteurs qui influencent la prescription, les informations données, l'attitude vis à vis de la patiente - Qu'est ce qu'une patiente/une consultation idéale, et quelles sont les situations difficiles/pénibles

Références bibliographiques

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, l'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés. 2014;511(5):1-4.
2. Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. Introduction au dossier. Population. 2004;59(3):409-18.
3. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. INPES; 2007. 593 p.
4. INPES, AFSAPPS, ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004. 47 p.
5. Rahib D, Lydié N. La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 5 p.
6. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, l'équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? : Population & Sociétés. 15 mars 2012;N° 492(8):1-4.
7. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8 p.
8. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. Sciences sociales et santé. 2017;35(3):41-70.
9. Le Guen M, Agius R, Panjo H, Moreau C. La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 nov 2020;68(6):347-55.
10. Fonquerne L. À qui faire avaler la pilule ? Pratiques de soin et inégalités en consultations de contraception. Emulations - Revue de sciences sociales. 30 déc 2020;(35-36):65-79.
11. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. Cahiers du Genre. 2016;60(1):101-22.
12. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre, sexualité & société [Internet]. 1 déc 2014].
13. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Mars 2013. 56 p.
14. HAS. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes. Juillet 2013. 4 p.

Mots-clés : Contraception, information, choix, recommandations

Auteur : JARJAT Anouk	Diplôme d'État de sage - femme _ _
Titre : Disparité des pratiques des prescripteurs de contraception	
Résumé : En France la contraception concerne 92 % des femmes en âge de procréer ne voulant pas d'enfants. Mais malgré les nombreuses recommandations nationales établies sur ce sujet, on observe une grande disparité dans la pratique des prescripteurs de prescription, qui entraîne une inégalité dans le parcours contraceptif des femmes. Quels éléments expliquent donc qu'il y ait de telles de variations dans la prise en charge des patientes par les prescripteurs et prescriptrices dans le cadre des consultations de contraception ? Objectif : L'objectif principal de ce travail est d'interroger les raisons expliquant les disparités de pratique des différents professionnel·le·s prescripteurs de contraception. Méthode : Étude qualitative basée sur huit entretiens semi-directifs et six demi-journées d'observation auprès de gynécologues, médecins généralistes et sage-femme. Résultats : La multiplicité des parcours universitaires et professionnels et des expériences personnelles des prescripteurs de contraception favorise une diversité des pratiques. De plus, la formation des professionnels à la pathologie rend difficile la reconnaissance des femmes comme des patientes non malades. Ces éléments s'intègrent dans un paysage contraceptif français monopolisé par la pilule, une problématique de l'objectification du corps dans le soin et plus particulièrement du corps des femmes dans notre société, ainsi qu'un climat actuel sous tension, soumis à des exigences de patients dégradant la qualité des échanges. Conclusion : En conclusion, la diversité des profils des prescripteurs et la particularité de la question de la contraception en France explique l'hétérogénéité des pratiques la concernant. Il serait alors intéressant de réfléchir à la possibilité d'une homogénéisation de la formation continue des prescripteurs de contraception	
Mots clés : Contraception, pratiques professionnelles, norme-contraceptive	
Title : Disparities in contraceptive prescribers practices	
Abstract: In France, contraception is used by 92% of women who do not wish to have children. But despite several national recommendations about this subject, there is a wide disparity in prescribing practices, leading to inequality in women's contraceptive pathways. How can we explain why there are such variations in patient care by prescribers in the context of contraceptive consultations? Objective: The main objective of this work is to question the reasons explaining the disparities in practice of the different professional prescribers of contraception. Method: Qualitative study based on eight semi-structured interviews and six half-day observation sessions with gynecologists, general practitioners and midwives. Results: The multiplicity of academic and professional backgrounds and personal experiences of contraceptive prescribers encourages a diversity of practices. In addition, professional's training in pathology makes it difficult to recognize women as non-sick patients. These factors are part of a French contraceptive landscape monopolized by the pill, a problem of objectification of the body in healthcare and more particularly of women's bodies in our society, as well as a current climate under tension, subject to patient demands degrading the quality of exchanges. Conclusion: In conclusion, the diversity of prescriber profiles and the particular nature of the contraception issue in France explain the heterogeneity of practices concerning it. It would therefore be interesting to consider the possibility of standardizing the ongoing training of contraceptive prescribers	
Key words : Contraception, professional practices, contraceptive-standard	



Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

**Disparité des pratiques des prescripteurs et prescriptrices de
contraception**

VERBATIM

Mémoire de
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par JARJAT Anouk

Sous la direction d'Aurore Kœchlin,
Maîtresse de conférence en sociologie à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Présenté et soutenu publiquement le 07/06/2024

Dr A.

- Est-ce que d'abord vous pourriez me décrire votre parcours, quelles études vous avez faites ?
- J'ai fait un CES à l'époque, de gynéco obstétrique. Je sais pas si vous savez ce que c'est, à l'époque y avait 2 voies : y avait l'internat CHU qui était plutôt destiné à des carrières hospitalières, et puis comme moi j'étais pas lyonnaise ici c'était très compliqué d'avoir cet internat, parce qu'il y avait une espèce de recrutement spécifique lyonnais. Moi je venais de Strasbourg je me suis mariée avec un lyonnais donc j'ai choisi l'autre voie. J'ai fait un internat des hôpitaux périphériques et puis le diplôme CES, qui est en fait diplômant pareil. Et après je me suis installée pendant 15 ans dans une petite ville à la Tour du pin où j'ai eu d'abord un temps partiel hospitalier d'obstétrique associé au cabinet libéral, et puis j'ai ensuite abandonné l'hôpital parce que les deux à la fois ça faisait beaucoup, et j'ai gardé le cabinet avec une activité suivi de grossesse quand même intense que j'ai gardée longtemps, et puis une partie PMA (procréation médicalement assistée). Je travaillais avec une équipe à Lyon de là-bas donc je faisais toute la partie là-bas et elles allaient à Lyon juste à la fin.
- Et du coup à quel moment vous vous êtes installée à Lyon
- A partir de 2002, je suis revenue j'ai repris une patientèle à Lyon et puis j'ai abandonné - jusque-là j'avais encore des vacations au planning familial et puis des vacations hospitalières - à partir de là j'ai fait plus que du libéral exclusivement
- Et du coup vous avez toujours été là depuis 2002 dans ce cabinet ?
- 2004, très rapidement en fait parce que j'étais dans des locaux assez pourris
- (rires) Là c'est pas mal, c'est assez spacieux et puis c'est bien situé. Et du coup j'ai pas fait attention vous avez des associés ou vous êtes...
- Alors avec une psychothérapeute
- Est-ce que vous travaillez en collaboration ? Ou est-ce que c'est juste des locaux ?
- Avant j'avais une secrétaire, à l'entrée quand vous arrivez c'était le secrétariat et la salle d'attente est de côté, et avec les nouveaux outils les secrétaires elles ont plus trop de travail, donc le cabinet était trop grand donc j'ai pris quelqu'un.
- Est-ce que dans votre entourage, vos parents y a quelqu'un dans le domaine médical ?
- Pas du tout
- Qu'est-ce qui vous avait fait choisir ce métier
- C'est forcément des raisons obscures aussi qu'on ne connaît pas, déjà quand j'étais toute petite à l'âge de 7 ans j'avais une pathologie pulmonaire sévère j'ai vu beaucoup beaucoup les médecins, après je suis allée dans une maison en montagne pendant 3 mois. A l'époque j'allais au labo, j'avais plein de bilans du coup j'ai des gens qui se sont hyper bien occupés de moi, j'ai adoré ce milieu en fait
- Et vous avez découvert le monde médical assez jeune finalement

- Ouais à 7 ans et quand je devais aller au labo pour faire mon prélèvement, je faisais des prélèvements de crachat, c'était dur parce que j'arrivais pas à tousser et tout ça. Et ils m'ont mis derrière ils m'ont montré comment ils travaillaient et tout ça. Enfin bref, et j'avais un pédiatre qui venait à la maison qui était super, je m'en rappelle comme si c'était hier il avait un pull over rouge, un nœud papillon c'était (rires) une super relation. Donc y a eu ça et puis quand vous me dites, ma mère était sage-femme, le problème c'est qu'elle a jamais travaillé donc je peux pas dire que ça vient d'elle en fait. Mais il y a eu quelque chose... fin après cette histoire je lui ai dit, je veux aller dans la santé, elle m'a dit faut que tu essayes d'être médecin parce c'est quand même... voilà donc c'est parti de là. Et puis gynéco, non, gynéco c'était une opportunité à la fin quoi.
- D'accord donc la spécialité vous l'avez pas choisie pour des raisons particulières ?
- Bah à la fin des études on se dit « je ferais bien quoi ? » Donc y a des choses qui vous intéressent, mais l'installation est difficile, j'étais mariée avec un généraliste, fallait que je puisse élever des enfants en même temps. Fin on se dit voilà c'est une spécialité où y a beaucoup de possibilités différentes, on peut aussi aller dans une petite ville facilement, si vous êtes pneumologue c'est compliqué d'aller s'installer dans une petite ville. Donc ouais c'était un ensemble de choix. Parce que tout est intéressant en réalité, quoi qu'on fasse une fois qu'on se spécialise on rentre dans l'infiniment petit, tout est intéressant.
- Puis gynéco l'avantage c'est que c'est assez divers comme vous disiez, vous avez pu faire de l'hospitalier
- Ouais ouais c'est ça
- Et est-ce que depuis vous avez fait des formations continues, depuis que vous avez fini votre cursus ?
- Ah tout le temps. Tout le temps
- Ça se passe comment du coup, vous faites sur lyon ou..?
- Non j'essaie de sortir de Lyon parce que le problème c'est qu'il y a des écoles en médecine en fait, et qu'il faut essayer de sortir de la sienne aussi, sinon on a une vision réduite des choses
- Et du coup vous faites comment ?
- Il y a des congrès nationaux, internationaux aussi et puis maintenant y a une formation obligatoire donc avec des RPC. Ça fait plusieurs années en fait, qu'on a ça... mais à mon avis ça suffit pas. Et faut aussi... moi je ne sais pas lire sur internet parce que quand la journée est finie les ordinateurs... donc je préfère prendre 3 jours et y passer et puis on est là pour ça quoi
- Et du coup vous en faites à quelle fréquence à peu près, des congrès ou des formations comme ça ?
- Alors les DPC, y a un staff obligatoirement par an donc ça c'est souvent, à mon grand regret, en zoom maintenant, à la maison 3h de formation de 20h à 23h après une journée de travail c'est soporifique quoi... tout seul sur son lit avec son ordi
- *Rires* oui je comprends, on a peut-être envie de rencontrer d'autres personnes, et puis ça permet d'échanger aussi

- Oui parce qu'on est dans notre cabinet, alors qu'avant c'était dans des amphis et y avait un échange. Alors je comprends que pour l'organisation ce soit plus simple pour eux, mais c'est pas satisfaisant pour nous je trouve. Et puis après les congrès bin c'est 2 par an à peu près
- Ok
- Voilà
- Et ça c'est vous avez toujours fait ça depuis que vous vous êtes installée à Lyon ?
- Ouais
- Déjà avant ?
- Oui tout le temps, ça on peut pas lâcher ça en fait, c'est pas possible ça évolue trop vite
- Et vous m'avez dit du coup vous avez exercé d'abord en hospitalier c'est ça, vous étiez à la fois hospitalier et libéral ?
- Ouais
- Et puis après ce cabinet et pendant 2 ans vous aviez été dans un autre cabinet c'est ça ?
- Avant celui-là mais c'était juste des changements de locaux là
- Ok. Et que ce que vous diriez qui sont - c'est assez large comme question, ça vous laisse liberté de répondre - qu'est-ce que vous diriez qui sont les aspects positifs et négatifs de votre métier actuellement ?
- Actuellement ?
- Oui
- Rires. En fait...
- Enfin dans votre façon de pratiquer aujourd'hui en tout cas
- En fait, ça a beaucoup changé en négatif. Dans la relation patient, qui est très consumériste - globalement hein parce que tout le monde n'est pas comme ça - mais il n'y a plus la relation d'échange en fait. C'est-à-dire vous avez beaucoup de gens qui prennent rdv ici, là, on voit des gens avec des bilans qui ont été faits ailleurs, on prescrit des trucs, on les revoit jamais, ils vont ailleurs etc. C'est-à-dire ça tourne, c'est pas très agréable ça, et pas très efficace surtout. Parce que, par exemple, quand on prescrit un bilan, on a déjà en tête un peu ce qu'on cherche au niveau des résultats. On va pas le dire au patient parce qu'on va pas lui mettre la tête pleine de choses compliquées pour pas l'angoisser. Mais le fait qu'il aille ailleurs, et que la personne recommence à zéro dans la démarche « j'essaie de comprendre » c'est pas du tout efficace.
- Vous avez l'impression d'avoir beaucoup moins un suivi global du patient que ce que vous aviez avant ?
- Ouais, ouais ah oui oui très nettement. Très très nettement.
- Et est-ce que vous avez une idée de pourquoi ça peut être ?

- Alors c'est pas ma spécialité, je pense que c'est la médecine en général. Le médecin de famille c'était le pilier, qu'on a appelé médecin traitant mais en gros c'était la même chose, ça n'existe plus. En fait les gens ils en ont un administrativement et puis à côté ils vont là où y a de la place donc c'est pas - alors est ce que c'est eux, est ce que c'est le système ça j'ai pas de jugement de valeur là-dessus - en tout cas c'est un constat. Et c'est pas du tout efficace, au niveau et de la qualité de soin, et aussi psychologiquement non plus en fait parce que la relation de confiance qui s'établit elle s'établit pas comme ça aussi, c'est important.
- Et les aspects positifs, ce qui vous plaît dans votre métier ?
- Ce qui me plaît bin c'est toujours la même chose en fait, c'est la relation, c'est parce qu'il n'y pas que du négatif justement. Il reste une partie de ce qu'il y avait avant en fait. Et puis le côté scientifique, voilà, le fait justement que ça s'arrête jamais d'évoluer, on en a jamais marre en fait avec ça. C'est la découverte permanente.
- Est ce que vous diriez que, fin vous pensez à des expériences dans votre carrière qui ont impacté votre pratique et qui ont façonné votre façon de travailler aujourd'hui ? Est-ce qu'il y a certains évènements ou certaines choses en particulier, ou des personnes que vous avez rencontrées que vous pensez qui a eu un impact sur votre façon de pratiquer ?
- Non je pense pas que ce soit des personnes, c'est que dans une vie pro quelle qu'elle soit on peut pas travailler quarante ans de la même façon parce qu'on finit par... on change soi aussi. Par exemple, j'ai fait beaucoup de social quand j'étais très jeune, j'ai plus envie. Et parce que je pense que c'est lourd, c'est fatigant, qu'avec l'âge peut-être qu'on est un peu plus fatigué, j'en sais rien. Voilà on a moins d'énergie, moins de patience pour ce genre de choses. Donc on cible, en fait on cible un petit peu, je fais moins d'obstétrique aussi maintenant parce que, à mon âge je prends un peu plus de vacances et que la grossesse ça suppose quand même d'être là
- Oui *rires* ça s'arrête pas
- Ça s'arrête pas, voilà et donc le fait qu'on n'ait plus de remplaçants aussi ça fait que y a pas de suivi quand on est pas là, ça c'est quand même compliqué pour prendre en charge des choses comme ça. Pour la PMA aussi, la PMA j'étais avec une équipe. Je pense qu'avec le temps on modifie ses pratiques mais c'est pas tellement par rapport aux rencontres c'est plus en rapport à la vie personnelle et ce qu'on a envie d'en faire. Ça reste un travail donc on peut le moduler en fonction du parcours un petit peu en fonction des années.
- Dans votre cabinet actuellement c'est quel type de patientèle du coup, enfin vous m'avez un peu répondu mais c'est donc c'est plus trop une patientèle régulière ?
- Si quand même j'ai le fond qui est régulier, après je suis peut-être une des rares gynéco qui prend des plages d'urgence encore, j'en prends tous les jours
- D'accord
- Donc forcément ça amène des nouvelles patientes, mais ce qui est décevant c'est qu'au jour d'aujourd'hui vous faites un prélèvement, chez quelqu'un qui a visiblement une infection bien avancée, vous trouvez un gonocoque, vous essayez de la re-convoquer et vous la revoyez jamais, vous savez

même pas si elle est soignée. Donc cette histoire de faire de l'urgence c'est décevant parce qu'on sait même pas si on fait du soin, c'est ennuyeux quand même

- Vous avez l'impression de faire que du dépistage et de ne pas pouvoir faire la suite derrière en fait
- Par exemple... Par exemple quand on avait un frotti du haut grade, on harcelait les patientes avec ma secrétaire jusqu'à ce qu'elles reviennent parce que quand même c'est l'état précancéreux là, et puis y a des gens ils zappent quand on leur envoie des résultats, c'est-à-dire qu'ils reconsultent pas parce qu'ils ont peur. Donc on sait ça, on sait les rattraper. Maintenant quand on essaie de faire ça on se ramasse des trucs genre « je vous ai pas demandé de vous occuper de ma santé »
- D'accord
- Donc les gens je les rappelle plus, j'envoie un courrier et puis après ils se débrouillent. Mais est-ce que c'est satisfaisant quelque part ? En fait faut lâcher prise, vraiment lâcher prise sur le résultat de soin et on n'a pas été formés comme ça nous. Pas du tout. Moi j'ai des chefs de service quand j'étais interne qui nous imposaient de tout expliquer aux gens, de faire une vraie prise en charge où on les accrochait quoi, pour qu'ils se soignent. Là maintenant c'est presque vécu comme une atteinte à la liberté, en fait, par certaines personnes. Donc en fait je dis pas que c'est tout le monde mais du coup on est obligés de - on peut pas faire à la carte, on sait pas faire - donc on est obligés de lâcher prise comme si on était un bien de consommation. Et quand on fait du soin on n'est pas un bien de consommation, c'est ça le problème, dans le cerveau on peut pas.
- Et vous avez l'impression que les gens viennent quand ils ont besoin de vous et qu'après ils suivent pas en fait...
- Je crois qu'ils n'ont pas compris que c'est important la relation - vous savez il y a des bouquins qui ont été écrits là-dessus - pourquoi vous prenez un patient à 20h quand on vous appelle en urgence ? Y a de l'affect dedans. Même si on n'a pas tant d'affect que ça avec ces patients, et on demande pas une reconnaissance, mais pourquoi on va s'en occuper ce soir-là alors qu'on avait envie de rentrer à la maison ? C'est parce qu'on le connaît... Le fait de zapper tout le temps comme ça fait que, le jour où ils auront un problème, ils auront personne non plus.
- Oui, ça ternit la relation de confiance que vous pouvez avoir avec une patientèle plus régulière?
- Ouais et pour eux aussi c'est important parce que personne s'occupera d'eux au moment où va falloir les prendre en urgence un soir quoi. En médecine générale c'est pareil hein, c'est un peu, c'est une relation à deux en fait vraiment qui se crée.
- C'est des patientes plutôt jeunes, plutôt âgées que vous avez ici ?
- J'ai de tout ici
- Et les motifs de consult, est ce qu'il y a un motif de consult prédominant?
- Alors je prends plus de nouvelles pour les grossesses donc c'est vrai que les grossesses j'en ai moins, parce que du coup je prends plus en charge que celles que je connais déjà. Parce que déjà ça charge beaucoup les plannings donc il faut faire des choix. Et puis comme les sages-femmes en font beaucoup je me dis elles peuvent, elles ont un autre moyen d'accéder au suivi quoi. Ce que je regrette beaucoup en fait c'est qu'on n'ait pas mis les sages femmes et nous dans les mêmes cabinets parce qu'en fait on

aurait pu s'organiser justement pour dispatcher le travail de façon un peu intelligente. Là les gens sont dans la nature, ils savent pas trop comment faire...

- Vous souhaiteriez qu'il y ait plus de collaboration?
- Plus de collaboration et d'organisation presque tutélaire c'est-à-dire, ouais si on avait été en - comme les ophtalmo qui sont avec les orthoptistes et tout ça en fait ils travaillent en collabo, chacun a son rôle et c'est très bien quoi - on aurait pu faire pareil, ça s'est pas fait comme ça, j'espère que ça se fera dans l'avenir
- Donc ce que vous faites c'est du coup beaucoup de suivis gynécos
- Ouais mais si je vous dit, je fais beaucoup de coloscopies j'en fait tous les jours, parce qu'en fait quand on prend des rdv sur Doctolib vous pouvez mettre des motifs privilégiés aussi, les gens vous trouvent pour ça. Du coup j'ai aussi un réseau qui m'adresse pour ça. Donc y a la grossesse, comme j'ai dit moins, alors bien sûr y a un peu de contraception, y a toutes les pathologies; endométriose saignements, fibrome, y a la ménopause et puis les bilans d'aménorrhée, les bilans de stérilité, fin tout ce qui est patho gynécos, endocrino.
- Et pour les temps de consult ça se passe comment du coup, est ce que vous avez des temps prédéfinis, est ce que c'est le même temps pour tous les types de consult ?
- Moi j'ai un RDV toutes les 20 minutes. En gros j'ai un RDV heure, et quart, et demi et à 45 j'ai personne donc ça équilibre entre une consult plus courte et plus longue et quelqu'un qui vient pas aussi.
- Et du coup les prises de RDV ça passe uniquement par Doctolib ?
- Oui
- Et est ce que vous avez l'impression avec Doctolib qu'il y a plus de gens qui... enfin est ce que les gens honorent moins les RDV ?
- Non, je vais vous dire un truc, ça coûte cher la secrétaire. J'en avais une jusqu'à fin 2019. Et j'avais Doctolib en plus parce que le problème c'est que si vous avez pas Doctolib votre cabinet il est vide en fait. C'est une obligation. Et du coup elle avait presque plus de coups de fil donc déjà elle servait pas à grand-chose, plus à grand-chose, et en plus les coups de fil qu'elle prenait elle, c'était souvent des gens qui... pas très cortiqués, et c'est plus de zapping de RDV donc ça vient pas de Doctolib, ça vient du comportement, ça c'est pas les plateformes qui ont augmenté le fait que les gens qui viennent pas c'est les comportements sociaux.
- Du coup la contraception à vue d'œil vous diriez que ça représente à peu près combien de % de votre pratique ? De façon très approximative, c'est juste pour me permettre de voir
- Ouais ouais j'ai bien compris heu. 20% max. Max
- Et est ce que sur un patiente qui vient pas pour une consult de contraception vous posez quand même en systématique la question de la contraception ou pas forcément ?
- Non vous savez bien qu'on doit respecter le consentement pour tout maintenant et que si on est trop intrusif ça peut nous être reproché... qu'on peut plus poser plein de questions pour ça. *rires*

- D'accord
- Parce ce que ça ne nous regarde pas *rires*
- Quand y a une patiente qui vient pour une consult de contraception pour vous, qu'est que vous avez en tête qui sont les enjeux principaux de la consult ?
- Répondre à la demande, en fait c'est ça. Donc après on évalue ce qu'elle veut, y en a qui ont déjà des idées très précises de ce qu'elles souhaitent, et si c'est pas le cas qu'elles veulent une information on va balayer un petit peu tout ce qui existe. L'idée c'est de sonder ce que la personne veut et de répondre à sa demande, à son souhait. C'est pas d'avoir un protocole tout établi justement. Ça peut être très divers.
- Et du coup comment se déroule une consult classique de contraception, j'allais dire, une patiente qui vient vous voir pour une première contraception que vous connaissez pas forcément, est ce que vous avez une trame, quelque chose que vous suivez, des questions que vous posez de manière systématique ? Est-ce que vous faites en fonction de la patiente ? Est-ce que vous pourriez me raconter un peu en fait
- Le démarrage c'est pourquoi elle vient, et si elle dit qu'elle vient pour une contraception c'est « est-ce que vous avez déjà une idée de ce que vous souhaitez ? ». Parce qu'on a quand même un bashing hormones qui est assez lourd, et donc quand on voit qu'on a en face de toute façon la pilule je la prendrai pas, enfin tous ces discours un peu violents, bah on va pas... allez lourdement dans cette direction. On peut en parler mais pas forcément de la même façon. Après y en a qui savent d'entrée de jeu qu'elles veulent une pilule donc on va même pas leur parler du reste, si c'est une première contraception. Moi je suis assez pour les jeunes femmes, à 20 ans, et où c'est la première contraception, je pense que la pilule c'est simple. Après si elle la tolère mal etc c'est autre chose. Mais aller directement vers un stérilet d'entrée de jeu alors qu'elles ont des rapports sexuels depuis 6 mois, ça me paraît pas... c'est quand même violent la pose de stérilet.
- D'accord donc le fait que vous ne préférez pas le stérilet chez les jeunes patientes c'est la pose ?
- Oui, exactement. La pose et puis les complications possibles. Moi j'insiste, au jour d'aujourd'hui, sur les avantages/inconvénients de chaque méthode. Parce qu'en fait y a une désinformation catastrophique sur les réseaux sociaux là-dessus. Et le stérilet j'ai rien contre hein j'en pose, mais il faut qu'elle le pose en conscience que y a un risque de grossesse, un risque de grossesse extra utérine - je parle du cuivre là - qu'elles vont avoir des règles plus abondantes, plus douloureuses. Si elles ont déjà 7 jours de règles douloureuses je dis non, et non c'est non, voilà, c'est-à-dire que je ne le poserai pas, parce que ça va mal se passer. Et puis qu'ensuite une pose de stérilet ça fait un peu mal, il ne faut pas qu'elle soit traumatisée derrière. Traumatisée à vie en disant « on m'a fait mal ». Oui, ça fait un peu mal. Et donc si elles sont prêtes pour ça on y va. Mais je pense qu'il faut pas du tout y aller sans informer. L'histoire de l'implant c'est pareil, il faut les prévenir qu'elles vont avoir une aménorrhée, j'en vois souvent qui n'ont pas été prévenues. Du coup ça les traumatise. Ou des saignements irréguliers. En fait quand on est prévenu ça ne traumatise pas. C'est soit on va le faire et on prend en compte les effets secondaires, soit on ne le fait pas, c'est la liberté de choix.
- Donc sur une jeune patiente qui vient et que vous dit qu'elle veut une pilule vous n'allez pas forcément parler des autres contraceptions ?

- Non, je vais aller directement à la pilule. Et en général si elle n'a pas de contraception je vais prescrire une œstroprogestative de 2^{ème} génération. Et je lui dis bien par contre que c'est pas la pilule ça, c'est une pilule et que si y a la moindre intolérance, quelque chose qui ne va pas y en a pleins d'autres, on pourra changer. En fait c'est les protocoles, on est pas obligés de rester sur une 2^{ème} génération si ça ne va pas. Parce que y en a pleins qui arrêtent en disant la pilule c'est de la merde, j'en veux pas, j'étais pas bien avec. Faut reconsulter.
- Et du coup le stérilet à part ce que vous me disiez une patiente qui a des règles longues ou douloureuses, est ce qu'il y a d'autres patientes hors contre-indication médicale, pour lesquelles vous refusez de poser un stérilet ?
- Alors je refuse pas, à part cette histoire de règle... y a le risque de grossesse il faut les avertir avec les chiffres, parce que les chiffres avec les stérilets au cuivre c'est quand même pas rare rare, ça existe. Et puis surtout on a eu toute une génération de femmes, à l'époque où on n'en posait pas aux nullipares, mais qui voulaient pas de cette contraception là pour ne pas risquer la grossesse. Donc ça veut dire quand même qu'il y a quelque chose qui a changé dans la perception des choses, parce que le stérilet lui il a pas changé. Et en fait y a aussi des gens qui sont complètement allergiques à l'IVG dans leur culture, que ça soit religieux ou personnel, peu importe, donc il faut qu'ils soient prévenus, parce que si ça arrive ils vont être vraiment embêtés. Alors qu'avec les pilules on a des risques mais beaucoup moins. Quasi zéro.
- Et une patiente qui vient qui n'a aucune idée de ce qu'elle veut vous lui parlez de quelle contraception ?
- Ça dépend de l'âge hein. Là vous parlez des premières contraceptions ?
- Peu importe, une patiente qui vient pour une contraception, donc en fonction de l'âge vous disiez vous ne proposez pas les mêmes choses ?
- Oui, parce que la première contraception quand on a 18 ans par exemple, je pense que c'est bien une pilule. En disant bien que si ça ne va pas on pourra passer à autre chose. Si elle est vraiment sur le stérilet bah on y va. Pour l'implant je vais tester le désogestrel avant pendant 3 mois parce que si elle saigne sous désogestrel elle va saigner sous implant. Donc inutile d'en poser un pour le retirer tout de suite après.
- Donc même si elle est jeune vous lui parlez quand même du stérilet ?
- Si elle n'en parle pas j'en parle pas
- Vous parlez de la pilule donc, et l'implant vous en parlez systématiquement ou pas ?
- Non, seulement si elle le demande. Parce que l'implant c'est le plus mal supporté au niveau contraception. On en enlève plus qu'on en met. Donc si elles sont pas... après y a les psychotiques, les oublieuses, y a tous les cas particuliers donc j'en mets aussi j'ai rien contre. Mais la personne lambda qui n'a pas de problème particulier je préfère commencer par la pilule et après si ça va pas on pourra changer.
- Et est ce que vous parlez des autres types de contraception, l'anneau, la cape cervicale, les spermicides ?

- Si elles posent des questions. Si elles viennent vraiment pour information contraception, pourquoi pas bien sûr. Et puis je pose pas mal de stérilet aux hormones. Parce que je pense sérieusement que c'est une contraception très très bien supportée, avec un risque de grossesse zéro, quasiment. Toutes celles qui ont des règles douloureuses ça va les améliorer. Donc j'en pose quand même pas mal.
- Et du coup à partir de quel âge vous allez parler à une patiente d'un stérilet si elle n'en parle pas ?
- Après le 1^{er} accouchement déjà. Quand elles me disent qu'elles veulent plus prendre la pilule parce qu'elles y pensent pas avec le bébé, quand on a été maman on sait qu'on a autre chose à faire avec un nouveau-né que penser à sa pilule. C'est vraiment la contraception de choix.
- Donc c'est à partir du moment où une patiente a eu des enfants que vous lui proposer le stérilet ?
- Voilà, ou si elle a 30 ans, qu'elle n'a pas de projet de grossesse toute suite mais qu'elle est en couple stable, y a pas de problème. Elle a envie de changer, en général elles ont déjà pris la pilule avant. Mais en réalité quand elles ont cet âge-là elles savent un petit peu ce qu'elles ont envie de faire. Elles demandent déjà un petit peu quand même. Après on peut en discuter mais...
- Est-ce que vous avez des outils pour parler des contraceptions ?
- Alors qu'est ce que j'ai... j'ai ça (montre un modèle de stérilet), pour montrer les stérilets. J'ai des plaquettes de pilule, pour leur montrer, et puis... j'ai l'anneau, les patchs.
- Et du coup les patchs contraceptifs est ce que vous en parlez en systématique ?
- Non, c'est souvent elles qui me demandent. C'est pas remboursé donc... La seule chose que j'essaie de caser pour le non remboursement c'est quand elles ont une peau qui est acnéique. Parce qu'elles vont aller dépenser pour des crèmes, des machins qui sont pas remboursés alors qu'on leur met Triafemi par exemple, bah elles ont plus d'acné quoi. Donc elles vont payer une pilule 10-12€ par mois, elles seront débarrassées de leur acné. Plutôt que de leur mettre Leeloo et de majorer leur acné. Parce que ça qu'est ce qu'on en voit quand même. On les voit en 2^{ème} intention du coup là. Mais c'est dommage de rater le coche au départ. Donc là je propose. Mais c'est vrai que sinon pour le non-remboursé pour tout le reste il faut qu'il y ait une demande. Ou qu'elles soient pas bien avec un produit précédent.
- D'accord, en 2^{nde} intention
- Voilà, en switch.
- Vous parliez de l'IVG tout à l'heure, est ce que vous parlez en systématique sur une consultation de contraception ? D'expliquer ce que c'est l'IVG.
- Ah non c'est traumatisant ça. L'IVG, ça reste un traumatisme psychologique. Alors l'idée de l'évoquer alors que la personne n'est pas dans la situation... Du tout non. J'ai fait des IVG et du planning familial pendant 10 ans, et médicamenteuse et aspiration. Avec le bloc opératoire et l'anesthésie générale en plus. Donc y avait pas le traumatisme de la douleur. Le vécu des gens n'est pas du tout ce qu'on croit. C'est pas si simple que ça hein, quand on les voit derrière. J'ai même arrêté à cause de ça. A cause des transferts qu'il faisait sur le médecin, je fais toujours des consultations pré-IVG mais j'en fait plus.
- C'est à cause du côté psychologiquement difficile pour la patiente qui vous a amené à arrêter ça ?

- Oui, et parce qu'ils vous agressent derrière. Quand on est dans une petite ville ils vous attendent à la sortie de l'école où vous cherchez vos enfants pour vous accuser de meurtre en fait.
- Des patients ?
- A Lyon non parce qu'en général on travaille et on habite ailleurs, mais dans les petites villes ouais c'est violent
- Parce que dans ce cas-là c'était quoi, c'est les patients qui se retournaient contre vous derrière ?
- Parce qu'ils sont en colère. Ils sont en colère contre je sais pas quoi, ils assument pas bien leur décision. Enfin pas tous hein. C'est quand même fréquent. Très très fréquent. Et du coup on va pas faire ça toute ça vie, on sait très bien, pour soi, y a un moment on a envie de passer à autre chose
- Pour se préserver
- Oui exactement. 10 ans c'était bien.
- Et la contraception d'urgence est-ce que vous en parlez ?
- Alors je devrais mais je le fais pas ça. En toute honnêteté non. Je pense que les pharmaciens... fin elles vont à la pharmacie pour..., elles sont un peu toutes au courant quand même. Parce que quand on parle à des pharmaciens ils vous disent quand même que y a pleins de gens qui utilisent ça comme contraceptif. C'est vrai que ça nous a un peu échappé parce que comme on ne prescrit pas ça, finalement c'est plus dans notre champ de travail.
- Donc le fait que vous n'en parliez pas, est ce qu'il y a une raison particulière ?
- C'est pas rentré dans ma façon de faire. En fait je parle des oublis, de la gestion des oublis, mais pas avec une contraception en urgence, avec des préservatifs, derrière.
- Mais vous expliquez que faire en cas d'oubli ?
- Oui systématiquement ça. Les saignements, les oublis, que faire en cas d'oubli. Quels sont les délais... après je sais pas ce qu'elles retiennent de tout ça. Et après c'est marqué sur les notices donc elles peuvent relire éventuellement. D'ailleurs dans les contraceptions choisies y a Slinda qui a une tolérance à l'oubli de 24h maintenant. Donc celle-ci est pas mal pour les gens qui ont un peu des difficultés avec les horaires.
- Et donc par exemple pour Slinda si vous voyez que y a une patiente avec un contexte de vie qui fait qu'elle a peut-être plus de difficulté à y penser vous allez plutôt parler de celle-là ?
- Oui, après sur celles qui sont vraiment oublieuses on met stérilet ou implant. Ou Nivaril ou Evra mais c'est pas très choisi en réalité, même quand on le propose. Je sais pas pourquoi cette culture française parce qu'aux Etats-Unis le patch ça a bien marché. Elles font un peu la gueule la dessus.
- Après comme on disait peut être le fait que ça ne soit pas remboursé.
- Oui, après on a des pilules non remboursées qu'on arrive bien à prescrire. L'anneau, les patches, pas trop. C'est confidentiel. C'est resté confidentiel.

- Et du coup vous me disiez que les consultations c'est 20 minutes, est ce qu'en 20 minutes vous arrivez à prendre les 20 minutes ou sur des consultations de première contraception ça vous paraît insuffisant ?
- Non c'est suffisant. C'est vrai aussi parce que maintenant les toutes jeunes on les examine plus physiquement forcément maintenant. Donc bin on a le temps de parler aussi. Plus.
- Dans ce cas là justement où vous ne faites pas d'examen à la première consultation, dans ce cas là vous reprogrammez quand même un RDV ?
- Pas forcément parce que vous savez que maintenant on doit leur demander si elles veulent être examinées et en général elles disent non. Le consentement à l'examen là c'est devenu la règle, et surtout dans cette génération donc... les femmes plus âgées elles diraient non mais ça va pas, je vais chez le gynéco pour être examinée, qu'est ce que c'est ce travail. Mais dans la jeune génération là on est vraiment obligés.
- Et donc est ce qu'il y a un âge à partir duquel vous proposez l'examen en systématique ?
- Je le propose tout le temps. De toute façon. Sauf la toute première fois. Rapport sexuel depuis 3 mois, la première contraception, non je vais pas tout de suite y aller direct, sauf si y a un problème. Mais après je le propose tout le temps. Mais l'autre jour j'ai eu une patiente de 24 ans et 6 mois, je lui ai dit on fait un examen cette fois si quand même, elle m'a dit non j'attends les 25 ans. Je lui dit y a pas que le frottis, y a autre chose, mais non non.
- Et après que vous ayez fait une consultation de contraception, à quelle régularité vous revoyez les patientes habituellement ?
- Je fais que des renouvellement en les voyant déjà, je fais pas de renouvellement comme ça. Ou au moins en vidéo si vraiment elles sont toutes jeunes qu'elles ont pas de problème de santé. Et c'est un an de renouvellement. Et si après y a quelque chose en particulier elles me recontactent.
- Et pour les patientes qui ont des stérilets, l'implant ?
- Stérilet je leur conseille 1 visite par an comme y a quand même les déplacements, tout ça. Après, elles le font pas forcément.
- Et qu'est ce que vous diriez qui est pour vous une consultation idéale, le schéma idéal ?
- En fait y a pas de schéma idéal, la patiente idéale c'est celle qui est ouverte à l'échange. C'est-à-dire qui vient pas avec des idées arrêtées et où on est pas obligé presque de rentrer dans la confrontation pour la sortir de ces idées arrêtées. Ce qui est quand même assez fréquent. C'est celle qui vient en disant voilà je viens pour information, on discute, et après c'est celle qui choisit parce qu'elle choisit en conscience, bien sûr. ça c'est la consultation idéale.
- Et donc le cas inverse, j'ai déjà des éléments de réponse mais une consultation qui pour vous ne serait pas idéale c'est une patiente qui n'est pas ouverte à la discussion c'est ça ?
- Je vais vous donner un exemple, ça va vous parler. Donc elle a 21 ans, elle arrive et elle dit voilà j'ai des règles douloureuses et je veux un bilan d'endométriose. Donc on lui explique que beaucoup de femmes pendant les règles et n'ont pas d'endométriose et qu'on fait pas un bilan comme ça, on essaie de prendre la pilule et si ça marche pas on verra et on fera plus. Elle dit la pilule de toute façon je la

prendrai pas. Je lui dis que dans ce cas le traitement de l'endométriose c'est la pilule. Donc à quoi ça sert d'aller faire une IRM si de toute façon y a pas d'idée de soigner après. « J'aimerais savoir » machin. Donc finalement, vous préférez qu'on fasse un examen, « non je préfère pas ». Donc pas de consentement à l'examen, pas de consentement à un traitement quelconque, donc je prescris pas une IRM comme ça parce qu'elle me demande un IRM, c'est pas possible. Donc elle repart et finalement ça c'est la consultation frustrante. Parce qu'en plus derrière elle m'envoie un SMS que j'ai pas fait mon boulot, parce que j'aurais dû quand même la convaincre de la prendre la pilule. C'est un cas extrême hein, mais c'est un vrai cas.

- Oui, d'accord, je comprends.
- Et d'une fille qui n'est pas un cas social. Qui est parfaitement... normale. C'est l'extrême mais on a beaucoup ça, c'est-à-dire qu'avec les réseaux sociaux les gens, ils lisent de l'information scientifique plus ou moins juste, je dis pas que tout est faux mais il faut déjà être à même de la comprendre, c'est pas si simple. Du coup ils se font une idée de ce qu'ils veulent avec une injonction de prescrire quand ils arrivent. Ça, c'est la consultation pourrie. Parce que d'entrée de jeu, qu'est ce qu'on va faire nous ? On va essayer d'expliquer, mais on va être sur la défensive. Forcément. On est des êtres humains. On est en retrait. Du coup y a pas de lien qui se crée. Ça marche pas en fait. Dans le soignant, y a eu des bouquins, là on est pas dans la pathologie, mais sur le placebo inducteur. Sur la prescription, l'effet placebo du prescripteur ça existe vraiment si les gens ils ont confiance. Donc c'est une partie du travail. Et là en fait il peut pas se faire parce que d'entrée de jeu y a un blocage. Y a pas la capacité à recevoir. Et franchement, y a 20 ans de ça y avait jamais jamais ça, jamais, jamais, jamais.
- Vous avez l'impression que ça a vraiment évolué ?
- Oui. Mais je pense que c'est pas qu'en médecine, je pense que c'est un rejet du « sachant » entre guillemets. Fin ce que eux ils imaginent être le sachant. C'est-à-dire quelqu'un qui aurait du pouvoir sur vous. Alors que d'informer les gens c'est pas du pouvoir, et au bout d'1/4 d'heure ils sont dehors et ils font ce qu'ils veulent. Et nous on va les oublier aussi, y a pas de relation de pouvoir mais en tout cas ils le vivent comme ça.
- Je comprends, alors que leur donner l'information c'est ce qui leur permet la liberté de prendre leur décision en toute conscience et de leur donner l'autonomie.
- Exactement, mais ils le vivent à l'envers. Et parce qu'ils le vivent à l'envers, ils peuvent pas recevoir l'information c'est pas possible. Parce qu'ils sont déjà bloqués sur une fausse information. Y a une angoisse sociétale qui est forte et je pense que c'est pas qu'en médecine, c'est dans le monde du travail, c'est général. Je sais pas pourquoi. Une peur de la vie peut-être, je sais pas.
- Et du coup en facteur qui vous faisiez favoriser une contraception plutôt qu'une autre vous parliez de la parité, l'âge, est ce qu'il y en a d'autres ?
- Ouais la culture. Une magrébine vous lui coupez pas les règles, sinon c'est une catastrophe. Fin là je parle pas des gens qui..., je parle des maghrébines traditionnelles. Parce que dans la culture latine on a pareil, plus vous descendez dans le sud plus elles veulent avoir leurs règles. Il y a des exceptions mais il faut faire un tout petit peu attention à ça, dans les choix. Puis après y a oui le risque de grossesse, tous ces éléments culturels. Et puis aussi le couple. Y a le couple aussi. Y a l'autre aussi. Parce que y

a des hommes qui ne supportent pas le stérilet, ou qui veulent un truc absolument sans danger, fin sans risque de grossesse. Donc y a ça aussi.

- Ça vous arrive d'avoir des consultations de contraception où le couple vient ?
- Oui, dans les jeunes y en a quand même à 2.
- Donc plutôt les jeunes ?
- Oui, parce que je pense que dans les couples constitués avec la maturité, les hommes ils s'occupent pas trop de ça je crois. Je dis pas qu'ils s'en occupent pas à la maison, peut être qu'ils en discutent, mais ils accompagnent pas leur femme pour ça. Alors que des jeunes couples on en voit quand même. Chez les tout jeunes. Parce que les garçons sont intéressés aussi de savoir ce qui existe. C'est bien moi je trouve.
- Et ça vous arrive qu'on vous pose la question contraception masculine ?
- Y a l'histoire du slip chauffant là, alors nous on était pas au courant, moi je l'ai découvert avec les patients. Donc après on va regarder. Mais ça reste à la marge quand même ça.
- Et c'est quoi votre position par rapport à ça ?
- Le slip chauffant c'est leur problème, après à titre personnel je trouve ça assez barbare. Je serais un homme je le ferais pas *rires*. C'est un peu le symbole de la castration, je sais pas c'est un peu bizarre ce truc. Donc je trouve ça assez violent. Après sur la vasectomie pour des personnes qui ont déjà des enfants ça c'est autre chose.
- Et la question de la contraception définitive vous l'abordez en systématique ?
- Bah je vais l'aborder dans les patientes qui ont fait leurs enfants évidemment, et où je sens qu'elles sont psychologiquement stables aussi. Où elles commencent à en avoir marre de prendre des contraceptifs, où elles ont essayé 2-3 trucs et elles sont pas bien avec. Et puis là à ce moment-là je leur dis y a une solution, après voilà faut réfléchir.
- Et chez des femmes jeunes ou qui ont pas forcément eu d'enfant est ce que vous en parlez, est ce que vous pouvez l'envisager ?
- Non. Y aura forcément des regrets.
- Et ça c'est un facteur par rapport à l'âge ou le fait qu'elles aient eu des enfants ou non ?
- C'est par rapport à l'âge. Clairement. En fait l'être humain est changeant, à 25 ans on peut pas savoir si on voudra des enfants ou pas, peut-être qu'à 35 ans on en voudra. On peut pas du tout le savoir, c'est pas possible, en fait on peut pas savoir qui on sera dans 10 ans, personne. D'être trop sûr de soi avec ce truc là c'est un leurre, c'est pas envisageable, après si plus tard elles en veulent pas y a pas de problème c'est pas une obligation de faire des enfants, mais c'est juste que les regrets possibles sont vraiment trop importants. Et puis je suis tout à fait contre, alors je vais pas leur dire à elles comme ça, mais cette manie de dire ah bin je vais faire une ligature, je vais congeler mes ovocytes et je sais pas quoi encore. De plus arriver à vivre la vie nature quoi. Les émotions... parce qu'à force de vouloir tout contrôler on est pas bien en fait. Un jour, on fait la dépression. C'est dommage.

- Et du coup à partir de quel âge à peu près vous accepter de discuter de la contraception définitive ?
- Je pense qu'avant 35 ans c'est compliqué quand même. Sauf ayant eu 4 enfants, ou des situations très particulières. Après à l'approche de la quarantaine on commence à savoir dans quelle case on se place quoi.
- Est-ce que sur les consultations de contraception, est-ce que vous avez l'impression d'avoir des choses qu'il vous manque pour avoir une pratique qui vous satisfait complètement, ça peut être sur votre formation...
- Non
- ... vous avez l'impression d'être démunies face à certaines questions ?
- Non. Pas du tout.
- Après ça peut être des patientes face auxquelles vous ne savez pas comment réagir, vous n'avez pas de situations... ?
- Non. Après ça c'est l'expérience, je pense que ça c'est solide.
- De mon côté j'ai abordé toutes les choses qui étaient importantes pour moi, est-ce que vous de votre côté il y a des aspects sur votre pratique qui vous paraissent importants à me dire ?
- Ouais. En fait je trouve que dans les hôpitaux, on parlait de l'implant par exemple, il y a parfois une injonction à la contraception presque, sans suffisamment d'explications. Et surtout sans suffisamment d'explications sur ce qui va leur arriver avec cette contraception qu'elles ont choisie. Tout dans la vie, par rapport aux effets secondaires, est assumé lorsqu'on est prévenus. Beaucoup mieux assumé. Par exemple on en voit qui sont sous Desogestrel et qui viennent consulter parce qu'en sortant de la maternité on ne les a pas prévenues qu'elles allaient être en aménorrhée. Et du coup elles sont paniquées parce qu'elles n'ont plus de règles. Ou alors elles sont paniquées parce qu'elles ont des saignements, ce qui n'est pas non plus... dramatique. C'est vraiment très important que partout quand on prescrit un contraceptif on parle des effets... on peut même pas dire que c'est de l'intolérance, mais juste ce qui va se passer quoi. Les règles hémorragiques c'est pareil. Expliquer par exemple qu'une pilule ça va cadrer les règles mais qu'un stérilet ça modifie pas la date des règles. Parce que pour nous c'est évident évidemment, donc on va peut-être pas leur dire mais pour les patients c'est pas évident du tout, ils peuvent pas savoir tout ça. Que le Mirena ça met en aménorrhée, que... il faut absolument, absolument, absolument ce qu'on a choisi, je dis pas qu'il faut exposer tous les contraceptifs, mais celui qu'on a choisi il faut l'expliquer jusqu'au bout, il faut leur dire ce qui va arriver. Et c'est pas fait, franchement pas toujours. Alors dans ma manière de travailler, on en a pas parlé mais je ne pose pas de stérilet que je n'ai pas prescrit. Pourquoi, parce que c'est 2 RDV, le 1^{er} c'est la consultation d'information. Et éventuellement le bilan s'il faut, mais surtout d'information. Et le 2^{ème} c'est la pose, et on mélange pas les 2. Les implants c'est exactement pareil. Je vais pas poser un implant que j'ai pas prescrit. Le retrait, même le retrait je les vois une première fois, je leur explique ce qui va se passer et je les revois une 2^{ème} fois pour le retirer. C'est très important ce temps de parole. Pour qu'après elles aient pas un vécu traumatique de la chose.
- Bon et bien merci beaucoup en tout cas.

Dr B.

- Est-ce que vous pouvez commencer déjà par me présenter votre parcours, ce qui vous a amené à devenir médecin? Un peu vos études, vos formations ?

- Ben moi j'ai pas, enfin j'ai pas fait grand chose d'autre à part passer un concours de première année, réussir après devenir médecin. En fait au départ je voulais être cardiologue ou gynécologue quand j'étais en 6ème année et puis j'arrivais pas à me déterminer entre cardio et gynéco donc mes derniers stages c'était des stages de cardio et de gynéco et donc finalement je me suis dit que la seule solution pour arriver à tout relier c'était de faire médecin généraliste. Donc du coup j'ai eu une activité - parce que ça fait quand même 35 ans maintenant que je suis installée - j'ai une activité qui a été essentiellement orientée effectivement sur de la gynéco et de la pédiatrie, comme toutes les femmes et puis voilà. Je pense que c'est à peu près tout ce que j'ai pu faire. Si j'ai fait un peu de médecine, du sport, mais c'est plus parce qu'il y a 35 ans, en fait, il y avait pas une pénurie de médecins comme maintenant et il y avait pas une consommation médicale comme maintenant. Donc quand on s'installait, on n'avait pas forcément des patients. En plus j'étais une femme, j'étais jeune donc c'était compliqué pour faire venir les gens à moi, donc il fallait que j'aie un petit quelque chose en plus. Et à l'époque il y avait pas de diplôme comme il y a maintenant, des DU de gynéco, des DU de pédiatrie, donc il fallait faire soit de la médecine du sport, soit de la médecine aéronautique. Voilà en gros, c'était ça et c'était soit l'un, soit l'autre pour pouvoir faire des certificats médicaux en plus. Moi je me suis dit, la médecine du sport, voilà c'était peut-être pas mal parce que je connaissais pas grand chose au sportif donc j'ai fait de la médecine du sport. Mais ça n'a jamais été le principal de mon activité.

- OK et du coup est-ce que vous pouvez me dire un peu les différents endroits où vous avez pratiqué ?

- J'ai toujours pratiqué sur Lyon, et j'ai toujours pratiqué en libéral. Je me suis installée juste quand j'ai terminé, donc en fait j'ai fait des remplacements à la campagne, j'ai fait des remplacements à Haute-ville, j'ai fait des remplacements à Cours-la-ville. Après, les derniers remplacements j'étais à Charbonnières parce qu'en avançant en âge, j'avais trouvé des remplacements plus proches de Lyon. Mais à l'époque, déjà, c'était difficile de trouver des remplacements sur Lyon. Et puis après, finalement, j'ai choisi de m'installer en ville parce que ben j'avais de la famille qui était là et que j'avais pas très envie de m'expatrier. Et en fait j'avais 25 ans quand je me suis installée, donc je me suis dit que j'allais poser ma plaque et puis je verrai bien ce qui se passerait. Et puis je voulais acheter une patientèle, parce qu'à l'époque les patientèles se revendaient parce que les médecins travaillaient très tard, très longtemps et en fait ils lâchaient pas vraiment leur patientèle. En gros, ils prenaient 3 semaines de vacances l'été. Et quelques-uns prenaient une semaine d'hiver, mais pas beaucoup, donc ils étaient vraiment très présents et ils s'arrêtaient en général vers 72, 75 ans. Donc je me disais, quand je serai un peu plus âgée, je rachèterai une patientèle et puis finalement ça a marché donc je suis resté là.

- Et qu'est-ce qui vous a passé à faire pousser à faire médecine? Est-ce que c'est quelque chose que vous aviez toujours voulu faire? Enfin, vous me disiez, du coup, vous, c'était plutôt au début gynécologie ou pédiatrie?

- C'est ça oui. En fait mon père était vétérinaire, il avait toujours voulu être médecin. Mon oncle était médecin et dans la famille on a soit des médecins, soit des pharmaciens. Donc quand je suis arrivée en fait en terminale, au départ je voulais être vétérinaire. Et puis finalement j'ai pas été prise en prépa véto. A l'époque y avait que le lycée du Parc qui avait une prépa véto et mon père m'avait dit Bah écoute, si tu veux, moi je te paye le Cours Pascal parce que bon, je travaillais bien, il me disait de toute façon, je suis sûr que t'arriveras à avoir le concours

d'une manière ou d'une autre. Et puis finalement quand j'ai eu mon bac, j'avais mon cousin qui avait le même âge que moi, qui me disait tout le temps moi je veux être médecin, je veux être médecin, puis la médecine me plaisait bien. Enfin moi ce que je voyais dans la médecine, c'était l'exercice de la médecine générale, lui il voyait la chirurgie, moi c'était plutôt l'exercice de la médecine générale. Donc du coup je m'étais inscrite en première année, c'était toujours pareil hein, j'avais un an d'avance, j'étais jeune, Je me suis dit Bah on verra bien. Et puis du coup ben ça m'a plu, j'ai eu la révélation de ma vie quand j'ai commencé l'anatomie et puis voilà c'est parti comme ça.

- Oui donc 25 ans, vous êtes installé tôt ! Et qu'est-ce que vous diriez qui pour vous sont les aspects positifs et négatifs de votre de votre métier?

- Les aspects positifs, c'est que c'est très riche en échange, on voit beaucoup de monde. Après la médecine générale en tant que tel, l'avantage c'est qu'en fait ça change tous les quarts d'heure, donc c'est assez sympa. On connaît bien les gens. Et puis Ben quand la vie passe, ils vieillissent avec nous et c'est quand même assez agréable finalement de bien connaître les patients, d'échanger avec eux, de savoir un peu ce qui se passe - enfin moi j'ai toujours eu un côté concierge donc j'aime bien. Les aspects négatifs bah c'est effectivement c'est la pression qu'ils mettent quoi. Parce qu'il faut toujours les recevoir maintenant, tout de suite, ils ont toujours un truc plus grave l'un que l'autre. Ils tolèrent pas le retard. Voilà, c'est surtout ça en fait.

- Et ça ce que vous me dites, cette pression qu'il y a, cette demande, est-ce que vous avez l'impression que ça a toujours été comme ça ? Est-ce que vous avez l'impression que ça a évolué au cours de votre carrière?

- Ça a toujours été comme ça. En fait les gens ils veulent toujours tout de suite. Alors ce qu'il y a de moins maintenant, c'est la visite à domicile. Parce qu'en plus, quand je me suis installée, en fait les gens, ils voulaient qu'on passe chez eux le soir tout de suite. Parce qu'ils avaient de la fièvre, et cetera. Ils étaient encore dans le médecin qui passait, qui s'installait chez eux et qui voyait toute la famille quand tout le monde était malade. Et ça, c'était souvent un peu lourd, mais c'était déjà de la pression. Mais au niveau pression des patients, ça a toujours été pareil. Le monde a pas changé. Ils consultent plus, pour des choses moins graves, mais le monde a pas changé.

- Est-ce que vous pensez, que ce soit dans votre expérience professionnelle ou personnelle, des événements ou des choses de votre histoire qui pour vous impactent votre façon de travailler aujourd'hui, qui façonnent votre façon de travailler ?

- Oui, en fait, c'est surtout que j'ai un mari qui est médecin, j'ai 2 enfants qui sont médecins et en fait à leur contact, surtout au contact de mes enfants, comme ils ont préparé tous les 2 l'internat et que j'ai bah je voulais les faire travailler. Puis j'aimais bien jouer avec leur dossier d'internat, je trouvais ça passionnant. Et en fait, j'ai appris la rigueur que je n'avais pas au début.

- Et vos enfants sont dans quelle spécialité ?

- Mon fils il est ORL et ma fille elle est anesthésiste-réanimateur dans le versant en réanimation.

- Et du coup ça fait combien de temps que vous êtes dans ce cabinet ?

- 33 ans.

- Ah oui ok, dans les mêmes locaux ?
- Non pas les mêmes locaux. J'étais de l'autre côté de la rue, j'ai traversé la rue il y a 2 ans.
- Ok oui bon, c'était pas un gros changement *rires*. Et du coup sur votre pratique actuelle, c'est quel type de patientèle que vous avez, plutôt régulière, ponctuelle, plutôt des jeunes, des vieux?
- Ah non c'est des patients réguliers, moi j'ai une patientèle de vieux médecin donc j'ai une patientèle qui est très régulière. Après, moi une patientèle, je la compare toujours à un atome. Vous avez le noyau, avec les réguliers qui sont là, vous pouvez leur faire ce que vous voulez, de toute façon ils partiront pas. Et puis vous avez autour les électrons, donc y en a qui vont voir ailleurs si le ciel est plus beau, qui vont changer, qui vont des fois revenir. Mais la majorité ils sont là, ils bougent pas.
- Et du coup au niveau de votre pratique, est-ce que vous faites beaucoup de gynécologie encore ?
- Oui, oui.
- Et de pédiatrie toujours ?
- Oui.
- OK. Et au niveau de l'âge de la patientèle est-ce que c'est vous avez une prédominance ou est-ce que c'est variable ?
- Bah forcément, celle que j'avais y a 35 ans, elles ont vieilli, donc on est plus maintenant dans les problèmes de ménopause. J'ai aussi leurs enfants. Puis bon j'ai des jeunes, hein, qui viennent pour des frottis, pour des suivis gynécologiques réguliers. Moins maintenant, depuis que l'activité sage-femme s'est développée, on voit beaucoup moins de femmes en gynéco.
- Et au niveau des catégories socioprofessionnelles, est-ce que vous avez une prédominance pareil au niveau des catégories? Est-ce que vous avez des patients de CMU par exemple?
- J'ai de tout, je vais avoir des CMU comme je vais avoir des avocats. Dans le secteur, il y a de tout hein. Il y a le HLM en face où les gens sont pas très fortunés. Et puis il y a aussi la place Guichard qui est pas loin où les gens ont encore un niveau de vie un peu inférieur. Il y a le tribunal à côté avec ses avocats, il y a le 6ème qui est pas très loin non plus donc en fait on a un peu tout.
- Et au niveau de l'organisation des rendez-vous, ça se passe comment ? C'est des prises de rendez-vous par téléphone, sur doctolib ?
- Non, c'est par téléphone, c'est moi qui donne un rendez-vous. Parce qu'en fait je suis un vieux médecin, et donc en fait je connais beaucoup de patients à la voix et j'arrive à hiérarchiser mes rendez-vous comme ça.
- D'accord. C'est au niveau de l'urgence, enfin de savoir comment vous allez prioriser une prise de rendez-vous plutôt qu'une autre?

- Oui, tout à fait.
- Et au niveau des créneaux, comment ça se passe ? Est-ce qu'en fonction du motif de consultation vous avez des créneaux différents? Est-ce que c'est le même temps pour tout le monde?
- Bah évidemment, pour la Gynéco c'est plus long, pour la pédiatrie c'est plus long. Après on sait très bien qu'il y a des personnes âgées qui vont nous prendre plus longtemps, mais c'est juste là qu'en fait ça va jouer. C'est à dire qu'en fait je vais souvent mettre des gens dont je sais que ça va être plus rapide juste après des gens dont je sais que ça va être plus long
- Et c'est quoi vos créneaux du coup au niveau de la durée?
- Eh Ben j'ai 1/4 d'heure ou une demi-heure
- OK donc la gynéco sera plutôt une demi-heure et médecine générale vous sera plutôt ¼ d'heure ?
- Voilà, l'angine c'est quelque chose qui peut être traité en 1/4 d'heure, après l'angine qui a aussi un coup de déprime ça va être plus long. Mais ça, c'est le piège qui peut arriver n'importe où.
- Concernant du coup plutôt, on va dire ce qui est consultation contraception, vu que c'est-ce qui m'intéresse. Déjà au niveau de la gynéco à vue d'œil, comme ça, vous diriez que c'est quel pourcentage de votre pratique?
- Je pense que ça doit être à peu près 15 %.
- Ok. Et pour vous quand vous avez une patiente qui vient pour une consultation de contraception, donc plus particulièrement on va dire sur soit une nouvelle contraception, soit un changement de contraception. Pour vous quels sont les enjeux de cette consultation?
- Bah c'est de savoir exactement ce qu'elle attend de moi. En fait si elle veut une pilule, si elle veut une contraception par implant, si elle veut un stérilet. En fait c'est de savoir ce qu'elle attend de sa contraception, ce qu'elle est capable d'accepter comme contrainte. Après il va y avoir aussi l'âge qui va jouer, si elle a une contraception avant, mais c'est par rapport à la patiente. A sa demande.
- Ok. Et du coup, comment vous déroulez une consultation? Est-ce que vous avez un peu un déroulé type ?
- Ça va dépendre de son âge en fait. Si elle est jeune, c'est pas forcément elle qui va venir vers moi, mais c'est moi qui va aller vers elle. Parce qu'il peut y avoir urgence à lui proposer une contraception. Donc en fait je vais commencer à lui en parler. Bon après tout dépend si elle est accompagnée de sa mère ou pas, si je peux la voir toute seule ou pas, savoir si c'est le bon moment, ce qu'on peut faire au niveau pilule si elle fume pas. Après il va y avoir tous les questionnaires pour essayer de savoir comment ça se passe hein.
- Donc vous commencez un peu par faire le tour des antécédents c'est ça ,savoir un peu ce que vous allez pouvoir prescrire ?
- Oui.

- Et comment vous lui présentez les différents moyens de contraception? De quels moyens vous parlez? Est-ce que vous parlez de tous les moyens à tout le monde, ou est-ce qu'il y a certaines personnes où vous allez parler d'une chose, d'autres personnes d'autres choses ?

- Alors en général, quand c'est un début de contraception, je parle de tous les moyens à tout le monde en disant que, par exemple, pour une jeune fille de 14- 15 ans, pour moi le stérilet c'est un peu précoce donc je préfère une pilule. Et puis c'est un peu intrusif, surtout si elle a jamais eu de rapport. Donc je vais commencer à l'orienter sur une pilule. Après l'important c'est de savoir si elle fume ou si elle ne fume pas pour savoir si je vais lui donner plutôt un microprogestatif ou si je vais lui donner un œstro-progestatif. Après, il va y avoir aussi le problème de savoir si l'observance peut être acceptable ou pas, parce que bon, il y a celles qui vont tout le temps oublier leur pilule, on va peut-être pas partir sur un microprogestatif parce qu'on a plus de risques. Celles qui sont un petit peu plus raisonnables on peut éventuellement partir là-dessus. Voilà ça va dépendre un peu de tout ça.

- Et du coup quand vous me dites que vous parlez de tous les moyens de contraceptions, est-ce que vous pouvez me les citer ?

- Après moi c'est les moyens que je connais hein, ça peut aller du préservatif, les pilules progestatives, les œstro-progestatives, les implants et puis les stérilets que ce soit les stérilets au cuivre ou les stérilets hormonaux.

- Ok, et tout ce qui est cape cervicale, anneau vaginal, spermicide...

- Alors l'anneau vaginal je vous avoue que non, je n'en parle plus. Je l'ai beaucoup prescrit à une période... Enfin beaucoup... ça a été la mode du Nuvaring il y a une vingtaine d'années, puis là maintenant j'ai pas l'impression que ça soit bien dans le truc. En tout cas, personne m'a demandé de renouveler récemment.

- Ok. Et pour ce qui est de la cape cervicale ou les patchs ?

- Spontanément je vais pas aller là-dedans.

- OK, c'est parce que vous c'est quelque chose qui vous convainc pas, est-ce que c'est une habitude de pratique?

- Je pense que le patch en fait me heurte et m'a toujours heurté parce que pour moi c'est un truc de vieille dame ménopausée en fait. Et donc du coup en fait je ne verrais pas utiliser ça. Puis je me dis que bon, même s'ils disent que ça tient bien avec la douche... ça m'a toujours laissé un peu perplexe et dubitatif.

- C'est par rapport à quoi ce que vous me dites que pour vous c'est quelque chose d'une de vieille dame ménopausée?

- Bah parce que les traitements hormonaux substitutifs étaient par Patch en fait. Plus maintenant, mais à l'époque, il y a une période, c'était des patchs.

- Donc c'est plus par rapport à vous votre vision de la chose que ça vous viendrez pas à l'esprit ?

- Tout à fait

- Mais si une patiente vous en parle, ça vous pose pas de problème de le prescrire ?

- Ah non non, je peux tout à fait le prescrire, le renouveler, ça me gêne pas du tout.

- OK et du coup vous me disiez que chez une personne jeune, vous disiez 14, 15 ans, vous allez parler plutôt de la pilule parce que le stérilet c'est un peu précoce, du coup à partir de quel âge vous parlez spontanément du stérilet, vous le suggérez on va dire ?
- A partir du moment où elles ont des rapports réguliers et qu'elles en ont marre de la pilule.
- Ok, donc pour vous, il faut quand même qu'il y ait une pilule avant?
- Pour moi oui, souvent.
- OK donc par exemple chez une patiente, on va dire je sais pas, 19-20 ans qui vient pour une première contraception vous allez plutôt suggérer d'abord la pilule avant de parler du Stérilet ?
- Souvent oui.
- C'est par rapport à quoi le fait que vous pensiez plutôt à la pilule en première intention?
- Parce que je pense que la pose du stérilet, il faut avoir quelqu'un qui soit vraiment détendu en face de soi, et je suis pas sûre que ce soit une première contraception, elle soit prête à accepter un stérilet. Après il y en a hein.
- Ok donc si c'est une demande de sa part, vous ça vous pose pas de problème de poser une stérilet chez une jeune patiente, même qui aurait 17 18 ans si elle a pas eu d'autre contraception avant ?
- Voilà, non. Ça va plus me poser des problèmes chez la femme qui a 36-37 ans et qui a eu que des césariennes et qui me dirait tout d'un coup qu'elle veut un stérilet. Parce que je sais que je passerai pas le col. Donc j'irai pas jouer.
- Ok. Et est-ce qu'au niveau des contraceptions vous parlez de la contraception définitive ?
- Non. Enfin pas chez les jeunes, chez les plus âgés oui. J'ai beaucoup proposé l'ESSURE, et puis je me suis bien ramassée donc je vous avoue que ça m'a vacciné.
- Donc quand vous me dites plutôt du coup chez les personnes plus âgées, c'est à partir de quel âge pareil que vous allez en parler?
- 35-36 ans, quand elles ont eu des gamins, qu'elles en ont marre d'avoir une contraception et qu'elles veulent plus de gamins.
- Et chez une femme plus jeune qui vient vers vous, qui a pas forcément eu d'enfant et qui souhaite une information sur ça, vous est-ce que c'est quelque chose qui vous pose problème?
- Ah oui oui je vais l'informer.
- Mais c'est pareil, c'est juste que ça sera pas quelque chose qui viendra spontanément ?
- Non . Non parce qu'en fait, on se rend compte qu'avec la vie on change et qu'on sait jamais ce que vous réserve la vie quoi. Même si vous avez 3 enfants à 25 ans.

- Quand vous parlez des contraceptions, est-ce que vous avez des outils, des choses ? Comment vous en parlez ? Comment vous les présentez ? En fait, qu'est-ce que vous allez dire sur ces moyens de contraception ?
- Alors je vais pas spécialement donner des noms, je vais leur demander au niveau des types de pilules comment on s'oriente, savoir si elles en ont eu ou pas, savoir sur quel type de pilule elles sont, si elles ont eu des mauvaises réactions ou pas et à partir de là je leur propose autre chose.
- Ok et par rapport au Stérilet pareil, est-ce que vous avez des choses pour expliquer ?
- Oui j'ai des modèles de stérilets de démonstration.
- Ok.
- Est-ce que vous faites un examen gynécologique en systématique chez une patiente qui vient pour une contraception ?
- Ben je le fais pas quand c'est des jeunes qui ont jamais eu de rapport parce que je vois pas l'intérêt d'aller explorer. Après une fois qu'elles ont commencé. Oui effectivement, je vais leur faire un examen gynéco.
- Et est-ce que c'est quelque chose qui vous pose problème, par exemple, on sait qu'il y a des patientes maintenant qui souhaitent pas forcément avoir des examens gynécologiques, si une patiente dit qu'elle ne veut pas l'avoir, est-ce que vous c'est quelque chose qui vous pose question ou pas ?
- Bah de toute façon il faudra bien qu'elle l'ait à un moment donné. Mais après j'irai pas la violer. Si elle veut pas elle veut pas, c'est pas grave, mais par contre je vais lui conseiller d'aller voir un gynécologue. Par contre là où je suis très perplexe c'est sur les examens obstétricaux parce que moi j'ai toujours été habituée à faire mes examens en évaluant le col à chaque consultation, et je me rends compte que maintenant les sages femmes elles font pas du tout un examen du col. Elles prennent juste attention, elles disent bonjour, elles pèsent la patiente. Et du coup je me demande comment on sait si un col est couvert ou pas en fin de grossesse ?
- C'est vrai que nous, dans ce qu'on nous apprend en tout cas à l'école, maintenant c'est de faire des examens plutôt au dernier mois de grossesse en fait, pour avoir justement un point de repère quand la patiente vient et qu'elle se met en travail. Mais effectivement il n'y a pas de recommandation sur le fait de faire des touchers vaginaux systématiquement pendant la grossesse.
- Enfin bon, un col ça s'ouvre vite hein. A 6 mois, on peut en avoir avec le col ouvert, donc c'est vrai que là, ça me laisse perplexe. Y a des patients d'ailleurs qui sont demandeuses parce qu'ils me disent j'ai le col ouvert ou pas, mais moi je peux pas, il faut que j'aille vous examiner pour savoir, je peux pas vous le dire comme ça.
- Après, quand il y a une demande de leur part, enfin c'est toujours pareil en fait, si c'est une demande de leur part ça ne pose pas de problème, c'est juste qu'on ne le fait pas en systématique. Euh est-ce que sur des patients qui viennent pour d'autres motifs de consultation que la contraception vous allez en parler, vous en systématique ou pas ?
- Ça peut arriver si je sens qu'il y a un problème de ce côté-là.
- Ok, et vous posez en systématique la question de si elle a une contraception ou pas ?

- Non, pas forcément. Ça peut venir dans le déroulement de la conversation en fait. Donc on peut y arriver. Par exemple, si je dois lui prescrire des anti-inflammatoires, je vais lui demander si elle a un stérilet et puis après on peut embrayer sur là-dessus.

- Est-ce que vous parlez de la contraception d'urgence en systématique? Dans quel cas?

- Non, c'est vrai, j'en parle pas de la contraception d'urgence. C'est un truc que j'oublie régulièrement donc voilà. Mais parce qu'en fait je ne le prescrit plus. C'est vrai qu'il y a une grande période où je le prescrivais beaucoup donc j'étais vraiment dedans. Et puis là maintenant il y a plus personne qui vient me voir parce que hier au soir ça s'est mal passé et qu'il faut faire quelque chose quoi.

- Donc le fait que vous en parlez pas en fait, c'est juste une question de...

- C'est un oubli.

- Ok. Et du coup, quand vous allez prescrire une pilule à une patiente, comment vous l'expliquez? Est-ce que vous lui parlez quand même de l'oubli du coup ?

- Ah bin oui. Oui oui. 1 jour d'oubli, 2 jours d'oubli, 3 jours d'oubli. Voilà, oui, non on parle de tout hein.

- Et du coup dans ce cas-là vous lui dites donner quoi comme informations par rapport à l'oubli?

- Bah je lui dis que si elle a oublié depuis 12h00 c'est pas grave si elle oublie 24 heures pour qu'elle en prenne 2 et si elle a oublié plus de 24h00 et Ben elle continue sa plaquette mais elle fait attention. Et puis après je dis que de toute façon s'il y a autre chose, elle m'appelle.

- Ok, donc vous avez plutôt tendance à leur dire dans ce cas de revenir vers vous plutôt de donner l'information au moment de la prescription ?

- Bah on peut pas tout donner quoi. Et puis en particulier quand on... enfin moi je sais pas mais comment vous le voyez? Mais quand on démarre une contraception en général on a affaire à des femmes jeunes, parce que maintenant elles sont quand même assez jeunes hein, les anciennes elles sont déjà bien rodées... si on leur fait tout tomber sur la tête, le fait qu'il faut prendre la pilule tous les jours, qu'il y a 7 jours d'arrêt, qu'elle va reprendre toujours la pilule le même jour mais que le premier jour elle le commence le premier jour des règles, mais que par contre une fois qu'elle a attaqué la 2ème plaquette, elle recommencera toujours le même jour... au bout d'un moment c'est pourrissant hein, donc... moi je pense enfin ça c'est un truc que j'ai toujours considéré, c'est que si on veut être sûrs que ça marche bien, il faut donner des ordres simples qui soient logiques et compréhensibles. À partir du moment où on commence à faire un grand truc, on n'y arrive plus hein. C'est comme dans un resto hein? Si la carte elle est très compliquée, c'est que les plats ils sont pas prêts hein.

- * rires* C'est pas mal comme comparaison. Et vous m'aviez parlé de l'âge qui vous fait parler d'une contraception plutôt qu'une autre, est-ce qu'y a d'autres facteurs qui va vous faire inciter la patiente à prendre une contraception plutôt qu'une autre ?

- Bah y a le fait qu'elle fume ou pas, le fait qu'elle ait du cholestérol ou pas, y a le fait qu'elle n'ait pas envie d'une contraception ou d'une autre. Y a le fait qu'elle ait peur de certains trucs, y en a qui ont peur d'oublier leur

pilule donc il faut forcément trouver autre chose. Voilà c'est tout ce genre de choses qui va... ça va dépendre de la patiente en fait.

- Et une personne qui vient et qui a en tête une contraception précise qui vient et dit « bon bah moi je voudrais poser un stérilet », est-ce que vous allez quand même lui parler des autres moyens de contraception ? Donc vous me disiez ce dont vous parlez, c'est pilule et implant, c'est ça en dehors du préservatif ?

- Oui

- Et donc est-ce que vous allez quand même lui présenter les autres moyens, ou si elle a en tête par exemple le stérilet, vous allez pas forcément les aborder ?

- Ah si si je vais lui présenter les autres. Je vais d'abord lui demander pourquoi elle arrive avec l'idée du stérilet en fait. Parce que c'est souvent intéressant.

- Et pareil pour les pilules ou les implants, vous posez la question ?

- Oui oui.

- Ok. Et est-ce qu'il y a certains cas dans lesquels vous parlez de l'existence de l'IVG en dehors bien sûr, d'une patiente qui vient de parce qu'elle est enceinte ?

- Non. Spontanément j'en parle pas. Mais par contre quand j'ai une patiente qui est enceinte et qui veut pas de son gamin, je le fais. Moi ça me dérange pas.

- Ok. Qu'est-ce qui pour vous est une consultation idéale de contraception ?

- Je pense qu'à partir du moment où la patiente vient avec une demande et on répond à sa demande, on a pas de souci particulier.

- Et dans le sens inverse, pour une consultation qui serait... Pas idéale

- Une consultation pas idéale ? Sur la contraception ? moi j'en ai pas. J'ai pas de souci particulier en fait.

- D'accord. Et je ne vous ai pas demandé, vous posez vous des stérilets et des implants vous-même en fait ?

- Stérilet oui, mais je veux pas poser les implants. L'implant, c'est un truc qui est sorti quand j'étais déjà installée depuis un petit moment, j'ai fait plusieurs formations pour poser les implants. Mais le problème c'est que quand ils s'en vont, il faut aller les chercher et que tout le monde m'a dit, celui qui pose son implant, il se débrouille pour aller le chercher. J'ai pas envie * rires* Voilà.

- Donc c'est que vous sentez pas à l'aise avec le la pose? Enfin le retrait du coup

- Tout à fait. La pose c'est pas le plus compliqué parce que je vous dis j'ai fait beaucoup de formations, ils nous ont tous bien formés pour poser ça a pas l'air compliqué. Par contre aller le rechercher, c'est pas toujours évident. Vous me direz des fois pour aller chercher pour le stérilet, c'est pas plus évident mais bon.

- Et vous avez l'impression qu'au niveau des contraceptions vous prescrivez, vous avez une prédominance d'une certaine contraception ?

- Ah oui j'ai une prédominance pilule ça c'est sûr.
- Ok, et ce sont des demandes des patientes qui demandent plus la pilule ou c'est que vous vous avez plutôt tendance à parler de ça parce que c'est-ce qui vous semble mieux ?
- Je pense que c'est parce qu'en fait effectivement, c'est un moyen qui me convient. Je trouve que c'est un moyen qui est facile à prendre quand il est bien toléré. C'est une maîtrise totale de sa contraception. En fait, elle pourra arrêter quand elle voudra et comme elle voudra. Le stérilet, il faudra faire intervenir un médecin, un implant il faut faire intervenir un... enfin médecin, une sage-femme, mais il faut intervenir quelqu'un qui vienne tirer dessus mis à part que bon j'en avais quand même une qui avait tiré dessus, qui s'était retrouvée enceinte mais parce qu'elle l'avait bien voulu. Mais si on coupe pas les fils trop longs, on n'a pas ce genre de désagrément. Mais autrement je pense que vraiment la liberté totale de la femme, moi je la vois plus dans la pilule.
- Ok. Et est-ce qu'il y a un âge à partir duquel vous allez plutôt orienter sur une autre méthode ou quel que soit l'âge, vous en orientez plutôt sur une pilule?
- Non, si à partir d'en général, à partir de 37, 38 ans, je commence à les orienter plus sur un stérilet, surtout si elles ont un problème d'adénomyose.
- Et est-ce que la contraception masculine ça vous parle ou pas du tout ?
- Alors la contraception masculine, moi à part les préservatifs. Ah bah si y a vasectomie mais autrement c'est tout ce que je connais.
- Ok. Vous avez pas eu de demande par exemple pour ce qu'on appelle les slips chauffants ?
- J'ai jamais eu de demande par rapport à ça, mais par contre des vasectomies chez des gens jeunes oui.
- Est c'est quelque chose où ça vous pose pas de problème d'en discuter ?
- Ah bah moi ça me pose pas... Enfin c'est pas mon idée, pour moi je trouve qu'un garçon jeune il a quand même le temps avant d'aller décider d'aller faire ce genre de chose qui est quand même irréversible hein. Parce que pour revenir c'est compliqué. Mais si c'est leur décision c'est leur décision, moi je rentre pas en considération dedans hein. Moi je suis médecin hein, je suis là pour expliquer le pour, le contre, terminé. Après c'est eux qui choisissent. Mon avis n'a aucune importance.
- Et vous avez souvent des patients qui viennent consulter en couple ?
- Oui, plutôt chez les jeunes. Les vieux en général, ils sont chacun dans leur coin.
- Ok. Et du coup, au niveau de la contraception, est-ce que vous aviez fait d'autres formations ?
- Depuis 35 ans ? Ah bah oui quand même heureusement. On a soit la formation du CHEN (??) qui sont des formations par e-Learning. Après je faisais partie d'un de formation qui a vécu pendant 15 ans, donc au milieu de tout ça, on avait effectivement une formation contraception par an. Après j'ai fait partie des jeudis de l'Europe, donc c'était pareil on avait des formations mais qui vient de mourir cette année, qui vient de fermer. Et puis on avait des formations aussi qui étaient organisées par l'hôpital de la Croix-Rousse, qui étaient

organisées par Lyon Sud, qui étaient organisées par l'HFME qui était très bien mais qui se sont arrêtées là maintenant, depuis que Dr X. est plus là, y en a plus. Donc voilà, c'est bien dommage, c'était bien.

- Donc c'était des formations régulières ?

- Bah oui, c'était une fois par an. C'était à droite à gauche, mais c'était une fois par an.

- Et est-ce qu'en dehors de la gynécologie, vous avez fait d'autres formations?

- Ah bah on en fait beaucoup. Bah là j'ai fait une formation de dermato le mois dernier, j'ai une formation en cours sur les éruptions chez l'enfant. Enfin j'en fais tout le temps des formations. Sinon attendez, je ferme la porte hein. C'est-ce que je vous ai dit depuis que j'ai mes gamins qui ont préparé l'internat, en fait j'ai appris la rigueur, je me suis dit que... alors c'était magique hein. Quand ils ont préparé l'internat, je leur faisais répéter leur cas d'internat, je faisais semblant de tout savoir parce que moi j'avais la réponse et qu'eux ils avaient que les questions mais du coup ça a été très formateur.

- Donc vous avez beaucoup appris aussi

- Ah oui, énormément. J'adorais ça. Des fois j'allais les chercher, je leur disais « tu veux pas bosser » *rires*

- Mais c'est bien ça devait les motiver aussi de leur côté ! Ça vous a donné envie de re-passer l'internat?

- Oui, c'est vrai que si, honnêtement, si l'internat avait été à mon époque comme il était maintenant, je l'aurais passé. Là je l'ai pas passé. Après je voulais tellement faire médecine générale aussi que voilà... à mon époque, on passait pas à l'internat pour être médecin généraliste. Mais quand j'ai décidé d'être médecin généraliste, honnêtement j'avais que ça dans la tête hein. Donc j'ai choisi mes stages en fonction de mon évolution future. Je faisais beaucoup de remplacement, donc en fait c'était ma décision, c'était mon choix.

- Parce que du coup, vous étiez à l'école de Lyon ?

- Oui.

- Il y avait combien d'années du coup à l'époque pour médecine ?

- c'était 8 ans. Quand j'ai commencé ma première année, il y avait 7 ans et puis après en cours, quand j'étais en 5ème année, ils nous ont rajouté une année de plus. Merci Mitterrand.

- Et en dehors des formations que vous faites, est-ce que vous êtes abonné à des revues?

- Alors je suis abonnée à la revue du praticien et Égora. En fait, Egora, c'est toute une série d'articles, alors c'est pas mal fait parce qu'en fait ça arrive sur internet et puis ça s'affiche en fait, on voit les recommandations de machins, nouvelles recommandations de trucs. Donc on a pas mal de trucs qui arrivent.

- Ok donc vous vous tenez bien au courant.

- Oui, moi j'ai horreur des vieux médecins qui font plus rien, ça c'est pas possible. Je préférerais prendre la retraite tôt parce que bon, il y a un moment, je pense que je vais en avoir jusque là, mais jusqu'au bout, il faut que ça soit bien fait.

- Est-ce qu'il y a des situations auxquelles vous pensez où vous dites qu'il vous manque quelque chose, vous vous sentez démuni? On va dire que vous avez l'impression de pas pouvoir répondre correctement à la demande ?
- C'est plus sur des situations de ménopause que sur des situations de contraception, sur la contraception, il y a pas de souci, j'arriverai toujours à m'en sortir. Mais sur la ménopause, c'est plus compliqué.
- Donc avec les formations que vous faites, la littérature que vous lisez tout ça, vous avez l'impression d'avoir tous les éléments en possession.
- Oui. Et puis encore on a les labos aussi qui passent hein avec leur petit dossier, leur petit tableau, leur petit machin, on a pas mal de trucs avec aussi.
- Ok. Et est-ce que dans votre pratique, il y a des choses que vous souhaiteriez faire différemment ou vous êtes contente avec votre façon de faire? Est-ce qu'il y a des axes d'amélioration auxquels vous pensez ?
- Des améliorations? Non, moi je trouve que je suis bien. Après, quand il y a des améliorations, je le fais hein.
- J'ai fait à peu près le tour des choses que je voulais aborder. Est-ce que vous y a des choses concernant la contraception qui vous paraissent importantes à me dire?
- Non, parce que je sais pas bien dans quel sens vous allez, qu'est-ce que vous? Qu'est-ce que vous voulez faire dans votre mémoire?
- En fait, l'idée c'est vraiment de voir l'information qui est donnée au patient sur les contraceptions. Parce qu'on sait qu'il y a forcément des disparités entre les praticiens. Et du coup, l'idée c'est de comprendre d'où viennent ces disparités, si c'est des questions de formation, des personnes qui sont pas au courant des nouvelles choses ou si c'est des habitudes, si c'est des oublis comme ce que vous me disiez pour la contraction d'urgence, si c'est des convictions. En fait l'idée c'est de comprendre les habitudes des praticiens et du coup les différentes informations qui sont données aux patientes pour essayer de voir ce qui peut expliquer ça.
- Honnêtement, je pense que la contraception d'urgence, autant j'en ai beaucoup prescrit il y a 10, 15 ans, autant là maintenant... moi je trouve qu'enfin je sais pas. Ou alors mes patientes me disent pas tout mais ça fait longtemps que j'ai pas fait une aide pour une IVG quoi.
- Vous avez l'impression qu'il y a un besoin qui est pas le même qu'avant ?
- Voilà, j'ai l'impression que les jeunes sont beaucoup mieux informés hein. Je pense qu'ils sont informés aussi au lycée. Je pense que l'information elle est beaucoup mieux passée et il y a le planning familial aussi qui est derrière, qui amorce bien au départ. Mais franchement je trouve qu'on a moins des nunuches qu'avant hein. Mais parce que bon, moi j'ai quand même connu la période, on voyait des gamines de 14 ans qui étaient enceinte, hein et qui avaient pas compris ni comment ni pourquoi. Enfin si y avait eu un rapport quoi. Et pour elles un rapport c'était pas assez. J'ai eu aussi une période où on avait des femmes qui prenaient la pilule que quand elles avaient les rapports, mais ça tout ça maintenant, j'ai l'impression que c'est fini quoi, ça va mieux.
- Et vous le sentez avec votre patientèle? Le fait que les personnes arrivent de façon beaucoup plus informée, vous le ressentez dans vos consultations?

- Oui, parce que les questions sont d'emblée beaucoup plus élevées. C'est pas « qu'est-ce que je peux faire? » C'est « je veux prendre ça où ça, où ça où ça et vous en pensez quoi ? ».
- Et vous du coup, ça vous a fait évoluer dans votre pratique, vous avez l'impression que vous pratiquez pas de la même façon par rapport à cette évolution de la demande et des connaissances des patients ?
- Je pense que ça change pas grand chose, sauf que j'ai moins de choses à expliquer.
- Vous avez l'impression que c'est des informations qui sont qui sont des bonnes informations ce qu'elles ont ?
- Après elles ont des informations qui sont pas toujours complètes, c'est à dire qu'en fait le fait que la pilule interrompt l'ovulation elle l'ont pas toujours. Comme elles n'ont pas toujours d'ailleurs de l'autre côté, quand elles veulent faire un gamin ça tape du pied mais arriver à leur expliquer qu'elles ovulent qu'une fois par mois c'est vraiment un truc qui rentre pas dans la tête quoi hein. Et qu'il faut tomber sur le bon moment, c'est un truc qui est difficile à comprendre.

Dr C.

- Est-ce que vous pouvez commencer à me décrire votre parcours, vos études, ce qui vous a poussé à faire votre métier?
- Alors moi je suis médecin généraliste de formation mais je fais que de la gynécologie médicale maintenant depuis à peu près 3 ans là au centre de santé. J'ai toujours voulu faire médecine. J'ai toujours voulu faire gynéco depuis mes 8 ans Donc c'est quelque chose qui est clair dans ma tête depuis très très longtemps. J'ai initialement voulu faire plutôt de la chirurgie, et à l'internat j'ai pas réussi le concours pour faire de la chirurgie du coup j'ai fait de la médecine générale. Et c'était très bien aussi, j'ai adoré la polyvalence de mon métier. Parce que du coup on pouvait faire quand même beaucoup beaucoup de choses. J'ai fait une partie de mes études à Lyon, mon externat à Lyon et mon internat à Nice, et à ce moment là j'ai commencé à faire des DU de gynéco donc pendant mon cursus de médecine générale donc en 3 ans, notre DES c'est en 3 ans. Et j'avais discuté à ce moment là avec le responsable des internes en médecine générale, je lui avais expliqué un peu mon projet professionnel, que j'aimais bien la gynécologie médicale et il m'a dit bin « commence à faire tes DU le plus vite possible comme ça au moins tu finis ton internat t'as déjà des compétences et tu peux commencer comme ça ton activité ». Donc j'ai fait des DU de gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes, qui était extrêmement décevant pour moi parce qu'en fait ça correspondait à mon programme d'ECN donc en fait j'avais déjà toutes les connaissances que j'ai vu mais bon ça me permettait au moins de valider ce diplôme. Et après j'ai fait l'année suivant le DU de régulation des naissances, contraception-IVG à Paris Descartes que j'ai découvert aussi vraiment de manière fortuite, et j'aimais déjà bien le sujet de la contraception, je savais qu'en gynécologie médicale c'était vraiment un sujet qu'il fallait approfondir, et je trouvais que ce DU avait un programme qui était assez pertinent, et là ça a vraiment été une super formation, que je vous conseille vraiment. Elles font un programme très pluridisciplinaire autour de la contraception, de l'IVG et de la prévention des IST mais vraiment au sens très large du terme avec toute la dimension sociale, économique, ethnique, des origines ethniques des patientes c'est vraiment de la contraception mais vraiment ultra approfondie, j'ai vraiment appris bcp de choses sur la contraception à ce moment là. Et vraiment je voulais axer mes connaissances sur ce sujet, ça a parfaitement répondu à mes attentes. Et après j'ai continué de me former en gynécologie, notamment en orthogénie parce que je fais de l'IVG, c'est mon autre activité en plus du cabinet, je suis donc dans ce centre de santé où je fais que de la gynécologie médicale, du suivi et un tout petit peu d'obstétrique. Sans échographie parce que j'ai pas d'échographe donc on fait consultation et éventuellement colposcopie si il y a besoin. Et après à l'hôpital 3 vacations aux HCL, je fais les IVG le mercredi à LS et le jeudi à l'HFME. Donc j'aborde pas mal aussi le sujet de la contraception à ce moment là en post IVG ou même en pré IVG pour par exemple poser des contraceptions au bloc quand on fait des IVG instrumentales donc voilà pour mon cursus et puis en parallèle de mon activité professionnelle, j'avais commencé de créer un site d'aide au choix de la contraception *rires* c'est un sujet que j'aime beaucoup et que ma thèse qui était sur le sujet là et j'avais pendant un an, parce qu'à ce moment là j'étais pas installée et donc je faisais des remplacements ponctuels j'avais travaillé sur le sujet et du coup bouquiné toutes les recommandations nationales internationales sur les contraceptions pour essayer de faire un site et créer un algorithme pour choisir une contraception en entrant tous les potentiels antécédents d'une patiente de façon à aider d'une part les patientes à choisir une contraception et d'autre part les praticiens médecins, sage-femmes à choisir une contraception. Il s'avère qu'on n'a pas trouvé le business modèle puisqu'à ce moment là j'étais avec

mon frère qui était développeur Web et donc il a commencé à créer un site mais qui n'a jamais vu le jour mais par la suite j'ai été sollicitée par une autre boîte qui m'a sollicité pour développer leur partie sur la contraception et créer cet algorithme qui finalement eux même n'ont pas réussi à trouver leur business modèle en levant 3 ou 4 millions donc au final je me suis dit que j'avais bien fait d'avoir abandonné plus tôt que prévu parce que même eux ont galéré, et maintenant ils font plus du tout ça d'ailleurs. Donc ça a été en tout cas une année où je me suis beaucoup, beaucoup concentrée sur la contraception, j'ai épluché toute les reco. Et donc ça a été un sujet qui m'a beaucoup, beaucoup passionnée.

- Et c'est en quelle année que vous avez fait ça?
- Moi j'ai passé ma thèse en 2017, et j'ai fait ça entre 2018 et 2019. Et après voilà j'ai complètement abandonné, j'avais à ce moment la pratique de l'IVG et ça me frustrait un peu de faire de l'orthogénie et de pas faire de suivi derrière C'est à dire que je mettais en place des contraceptions et derrière je pouvais pas réévaluer les patientes. Donc j'avais une forme de frustration comme ça de me dire c'est dommage je les vois qu'à un instant T et j'aimerais bien savoir ce qu'elles deviennent. Donc c'est là où j'ai commencé mon activité en cabinet. Et de là j'ai récupéré une patientèle d'une gynécologue médicale, en partie hein parce qu'après y a eu pleins d'autres patientes mais c'était comme ça que j'ai commencé mon activité ici, j'avais peur que la gynéco seule m'ennuie au bout d'un moment, que je trouve ça redondant et non en fait, ça fait 3 ans que je fais que ça et j'adore, je suis très très épanouie dans ce que je fais donc c'est vraiment une très belle spécialité.
- Et donc en sortant de votre thèse vous avez commencé à travailler où en 1er?
- J'étais aux urgences en fait à la base, je faisais de la traumatologie, donc j'étais à l'hôpital de Bastia, parce que j'ai fait la moitié de mes études en Corse, fin j'étais dépendante du CHU de Nice mais j'étais beaucoup sur Bastia et j'ai fait 2 ans et demie en Corse. Et j'étais en fait aux urgences en traumatologie, donc rien à voir avec la gynéco *rires*. Et c'est là que j'ai senti une frustration, c'est que je commençais à avoir pas mal de gynéco et je les mettais pas du tout en pratique aux urgences. Donc oui à la base j'avais plutôt un profil urgentiste et de la médecine polyvalente. Donc c'était, bah un peu comme de la médecine interne? Ça ça a été la 1ère année, quand je suis revenue sur Lyon en 2018 j'ai remplacé, j'avais quasiment un mi-temps dans un centre de médecine polyvalente. Et l'autre moitié du temps je bossais sur mon site sur la contraception et je me formais aussi un peu sur l'IVG parce qu'à l'époque y avait pas de diplôme, c'était un transfert de compétences. Donc j'avais sollicité les HCL, je leur ai dit voilà je reviens sur Lyon, je vais avoir du temps, j'aimerais bien me former à l'IVG instrumentale, est-ce que y a un intérêt ou pas, est-ce que c'est possible ou pas, et finalement y allait avoir des départs à la retraite donc des postes qui allient se libérer, peu de médecins qui étaient attirés par cette spécialité et donc ça tombait pas mal parce que j'avais du temps pour me former, parce que ça s'est fait sur mon temps libre, donc c'est comme ça que j'ai commencé mon activité d'orthogénie dans l'année qui suivait. Donc j'ai eu une année active en sortant de l'année en médecine polyvalente et puis assez rapidement d'IVG parce qu'au bout de quelques mois quand on est autonomes on peut prendre après des vacances et faire du bloc. Donc voilà, et la gynéco du coup en cabine c'est arrivé après le covid parce que j'ai bossé en unité covid en médecin polyvalente, et je commençais à en avoir marre. Donc du coup j'ai saisi une opportunité, la médecin qui était là partait et du coup j'ai repris son poste.

- Et dans votre famille il y a des personnes dans le monde médical?
- Personne. Enfin... fin je dis personne, non. Y a quand même ma maman qui était dans l'industrie pharmaceutique. Et elle bossait avec des gynécos à l'époque, donc y avait des bouquins de gynéco chez moi, donc je pense que d'enfant avoir vu des livres trainer sur la gynéco, voir des photos de bloc, fin des photos qui étaient pas très jolies mais ça me plaisait quand même de regarder ça. Et puis elle était entourée de copines qui étaient gynécos, et qui aimaient beaucoup leur métier donc je pense que ça a eu quand même une influence.
- Du coup vous avez fait les DU en parallèle de vos études, et la maintenant est-ce que vous faites des formations continues, est-ce que vous allez à des congrès, est-ce que vous lisez les recommandations qui sortent?
- Donc j'ai fait le DU de formation complémentaire en gynéco obst, le DU de régulation de naissance, le DU de sénologie. J'ai passé ma thèse après en dernière année. Après j'ai fait un DU de santé connectée. Justement pour faire le site sur la contraception. Après j'ai fait le DU d'orthogénie, pour me former aussi à l'IVG instrumentale et médicamenteuse. Le DU de colposcopie. Et là je me suis inscrite au DU d'échographie pelvienne. J'essaie au fur et à mesure de me former, mais parce que j'aime bien, et je trouve que quand on est encore dans une activité universitaire ça stimule pas mal, du coup j'essaie de faire un DU tous les 2 ans. Et puis après oui bah des congrès, mais c'est plutôt pour tisser le réseau local. En congrès national j'aime bien le congrès de gynécologie pratique. Qui est hyper bien, parce qu'il est déjà pas très cher. Et il est très quali. Je trouve les intervenants de très bonne qualité. Et je suis abonnée à leur revue. Le congrès de gynécologie de la région Rhône-Alpes. Là pour le coup ça permet de tisser un réseau local de façon à voir un peu les différents acteurs de la gynécologie, et puis surtout quand on va adresser les patientes, je trouve que c'est pas mal de se rencontrer physiquement. Le congrès d'ENDORA, d'endométrie, qui était la semaine dernière, c'est le 2ème qu'ils font et c'est super qu'on arrive à créer un réseau régional sur le sujet parce que nous en ville des fois on est un peu démunis sur l'endométrie et puis eux sont surbookés à l'hôpital donc ça permet de bien développer son réseau aussi ce niveau là. Et puis y a le congrès aussi « mon périnée bien aimé » que j'aime bien. C'est une amie qui le fait qui est sage-femme. Elle est incroyable. Et du coup elle pour le coup je me suis dit je vais le faire chaque année parce que je trouve ça cool, et puis c'est aussi en guise de soutien, alors elle a pas besoin de ce soutien là parce qu'il y a déjà pleins de gens et le 1er congrès qu'elle avait fait l'année dernière il était pleins, il y avait beaucoup beaucoup de monde. Donc voilà, donc dans les congrès fixes c'est-ceux-là que je fais vraiment tout le temps et des fois celui de l'ANCIC, qui est l'association nationale des centres d'IVG et de contraception. Mais là cette année il était à la Réunion, donc j'y suis pas allée *Rires*. Ah oui parce qu'entre temps j'ai bossé aussi à la Réunion, je l'ai pas dit mais j'ai bossé quelques mois là bas.
- Vous avez bossé en tant que gynéco?
- Non, je faisais de l'URSS.
- Vous avez fait pas mal de choses!
- Ouais *rires*. J'aime bien travailler. J'aime bien bosser, et j'aime mon métier donc j'avais pas besoin de prendre de vacances, de prendre d'années sabbatiques. Et puis je pense quand on est à un âge où on a pas

d'enfant on a plus le temps et c'est aussi le moment où il faut profiter de ça pour se former et avoir la possibilité de passer pleins de DU. Et après je pense que je me calmerai. Un peu. Mais en tout cas j'avais besoin je pense de faire tous ces DU pour me considérer légitime de faire cette spécialité de gynécologie médicale. Et je trouve que le fait d'avoir fait de la médecine générale avant m'apporte quand même vachement de vision globale de la patiente. Et ça elles me le disent souvent les patientes, donc je pense que vraiment j'ai une approche dans mon interrogatoire qui doit être un petit peu différente de mes confrères qui ont fait que de la gynécologie. Parce que même si j'ai des entretiens qui durent 20 min sur mon planning j'arrive quand même à aborder beaucoup de sujets, et le temps d'examen au final est assez restreint. C'est vraiment savoir mener un interrogatoire vraiment très précis pour essayer de comprendre pourquoi la patiente est là, comment on peut lui rendre service. Et puis bah sur la thématique de la contraception ça aide quand on connaît bien le sujet parce que c'est un sujet qui est assez récurrent notamment pour passer d'une contraception à l'autre comment ça se passe, comment on fait, est-ce qu'on fait le bon choix.

- Et puis c'est souvent sur les changements qu'il y a les loupés
- Bah du coup en faisant d'IVG malheureusement c'est là qu'on se rend compte que y a beaucoup d'IVG au moment où y a des switchs de contraception. Et ça fait rager, parce qu'on se sent responsables. Soit on a mal expliqué, soit la patiente a mal compris. C'est peut-être qu'on a du coup mal exposé. C'est pour ça que je pense que c'est vraiment un enjeu de santé publique la contraception.
- Et du coup vous me disiez que vous faites un peu de suivi de grossesse quand même, c'est ça?
- En fait j'ai une sage-femme qui consulte ici, dans le même cabinet, quand je suis à l'hôpital les jeudis et elle a des vacations d'écho pelv et d'écho obstétricale. Donc en fait on a une activité qui est assez complémentaire toutes les 2. Et puis moi pour le coup l'obstétrique, déjà je trouve que vous avez beaucoup plus de compétences que moi sur le sujet, en tout cas des conseils que les patientes recherchent, je ne connais pas ça alors que ça a été votre quotidien pendant toutes vos études. Donc vous pouvez beaucoup mieux répondre que moi je pense. Et quand c'est de la patho on passe la main à nos confrères obstétriciens. Donc en fait je suis souvent des patientes que j'avais déjà en patientes, des patientes à moi qui sont tombées enceintes, et qui veulent une personne en qui elles ont confiance donc qui veulent me garder comme gynéco. Donc tant qu'il n'y a pas de problèmes pendant la grossesse je peux les suivre sans aucun problème, mais j'en ai très peu, je pense 5%.
- D'accord. Et vous ne faites plus de médecine générale?
- Non. Que de la gynéco. À 100%. Ya une demande qui est tellement importante, et tous les jours des patientes qui me disent « j'ai galéré à trouver un gynéco ». Y en a une elle m'a dit ce matin, elle a appelé 20 cabinets. À Lyon, fin on est pas au fin fond de la Dordogne quoi. Moi je trouve ça juste hallucinant, et là pareil une autre que j'ai vu en consultation du post-partum aujourd'hui, que je suis depuis 2-3 ans, elle m'a dit en fait maintenant pour avoir un RDV avec vous c'est 2-3 mois d'attente, bin oui, alors qu'avant c'était 15j-3 semaines. Donc je me retrouve avec des patientes -moi ma volonté c'est de dire oui à un maximum de patientes - avec des gynécos qui sont partis à la retraite et qui sont pas remplacés, ou des patientes qui se retrouvent en difficulté pour trouver un gynéco parce qu'elles sont suivies par une sage-femme et elles doivent passer en suivi gynéco mais qu'elles n'arrivent pas à trouver parce que

malheureusement dans leur réseau elles ont des gynécos qui ne veulent pas prendre de nouvelles patientes. Donc du coup j'essaie d'en faire maximum 3 nouvelles patientes par jour. Mais ça malheureusement des fois il y a des patientes qui ont pris RDV sur Doctolib et qui n'ont pas mis le bon motif. Donc je me retrouve avec des patientes que je ne connaissais pas et qui viennent parfois pour des poses de stérilet mais du coup moi je ne les connais pas donc c'est une première consult en fait. Donc bon, après à un moment il va falloir stopper aussi hein. Je me rends pas bien compte mais y en a certaines que je vois en plus de façon assez récurrente parce que y a des patientes qui nous sollicitent quand même pas mal. Et puis je reste assez accessible par téléphone. Fin elles passent pas le secrétariat mais dès que je vois qu'elles ont laissé un message je les rappelle. Et s'il faut je les vois en téléconsultation, je les vois dans les 48-72h max, parce que je consulte en début et fin de semaine. Donc j'arrive à les voir dans les jours qui viennent. Parce que je m'étais laissé des plages de consultations en urgence, qui maintenant sont toutes prises du coup je commence à être un petit peu embêtée. Parce qu'après faire des doublons de consultations, niveau organisation, c'est compliqué.

- Et donc vous faites début et fin de semaine ici, et 3 jours par semaine en IVG?
- 3 vacations, donc 3 demies journées. Le mercredi matin à Lyon Sud, bloc et après consultation avec de l'écho de datation, de l'écho post IVG. Et le jeudi c'est journée complète à l'HFME. Pareil c'est de l'IVG instrumentale et de la consult. Mais la difficulté c'est aussi la disponibilité des blocs, on se retrouve en IVG à proposer des délais pour avorter de 3-4 semaines parfois. Fin moi ça me fait mal au coeur de leur proposer avec autant de délai mais ne fait n'est aussi limité par du coup des IBODE qui sont partis, des IADE qui sont partis, des fermetures de salles avec que la moitié des salles qui tournent. Et tout le monde veut opérer ses patients. Donc c'est un peu effrayant. Mais nous on aimerait à terme ouvrir une salle blanche à l'HFME, un peu comme HEH ou ils opèrent une patiente en dehors d'un bloc, on est déjà un peu moins contraint par ça, après il faut quand même les équipes. On essaie de bosser dessus.
- Qu'est-ce que vous diriez qui sont les aspects positifs et négatifs de votre métier?
- Bah positif c'est la reconnaissance qu'on a, fin on a tellement l'impression de rendre un service à la population, et tous les jours elles nous le disent. Fin moi c'est vraiment la gratitude qu'ont les patientes pour nous, c'est-ce sentiment de service rendu qui est très gratifiant dans notre métier, tous les jours quand on se lève c'est-ce qui donne du sens à notre métier. Alors après c'est sûrement aussi parce que moi j'aime travailler donc c'est pas une contrainte d'aller travailler mais je pense aussi parce que mon métier me passionne. Mais c'est le contact humain de notre métier qui est hyper enrichissant, que pleins d'autres métiers n'ont pas. Et puis parce qu'on arrive à être vraiment dans l'intimité des gens, donc on sent qu'on est leur confident. Pour moi la plus grande satisfaction c'est ça, c'est de rendre service. Après la difficulté, bah du coup le corollaire c'est la charge de travail, la charge mentale, après quand on arrive à bien s'organiser moi je trouve que en tout cas dans l'activité que j'ai, dans les patientes que j'ai c'est plutôt peu anxiogène. J'ai très très peu d'urgences à gérer, je trouve que c'est beaucoup moins stressant que quand j'étais aux urgences, quand j'étais en médecine polyvalente. Bizarrement, la consult je pensais que j'allais me sentir seule, je pensais que j'allais avoir du mal à gérer des urgences, des problèmes aigus mais en fait c'est pas du tout mon quotidien ça. Au contraire on fait beaucoup de suivi, de prévention, le suivi gynécologique c'est beaucoup de prévention parce qu'en fait la plupart du temps on voit des patientes qui vont bien. Donc c'est finalement pas si anxiogène que ça. Mais c'est donc la demande, le fait d'avoir des

emplois du temps qui sont assez denses, alors même si y a une liberté et je pourrais choisir mes horaires. Mais c'est aussi quand on répond à une demande, pour que les patientes n'aient pas trop de temps d'attente. Et puis après sur l'hôpital ce qu'on a évoqué avant, sur ma pratique hospitalière le gros point négatif c'est le fait d'être dans une institution. Et donc d'être dans un cadre qui est extrêmement réglementé, rigide. De parfois avoir envie de prendre certaines libertés mais qu'on ne peut pas prendre. Et ça c'est le gros point négatif de mon activité hospitalière. Et le point positif après c'est le fait d'être au bloc. Alors pareil la reconnaissance en IVG elle est indéniable, mais c'est le fait de faire un petit acte chirurgical, d'avoir la possibilité d'aller au bloc, moi qui ne suis pas chir, de me permettre d'aller au bloc parce que de base c'était quand même de la chirurgie que je voulais faire. Et pour le coup c'est une chirurgie qui est pas du tout anxiogène, autant les blocs que font mes collègues gynéco-obst sont hyper stressant et je sais pas si j'aurais réussi à faire ce qu'ils font, autant nous nos blocs sont pas très stressants. Donc je fais un bloc qui me plaît, et vraiment je prends du plaisir à faire le geste, c'est bizarre ce que je vous dis mais c'est vraiment quelque chose de plutôt sympa à faire, c'est pas quelque chose de pénible, j'y vais pas en me disant faut le faire parce que je suis militante quoi. Non, je prends vraiment du plaisir à faire mon métier. Et j'ai pas la boule au ventre parce que je fais, parfois on voit des choses dures hein, c'est sur qu'on entend des histoires de vie qui sont très dure à entendre. J'arrive en tout cas personnellement à faire assez bien abstraction de tout ça, c'est à dire du point de vue de l'empathie de pas me laisser submerger et d'être une fois que je rentre submergée par tout ça, parce que sinon on fait pas ce métier. Et donc voilà, arriver à accompagner des patientes qui sont en souffrance sans souffrir soit même ça aussi c'est un peu le challenge de notre métier quoi. Et parfois y a de la frustration parce que pareil on arrive pas à trouver des solutions pour elles, on aimerait réussir à trouver des solutions. Quand on est face à des patientes qui sont sans domicile fixe, face à des patientes qui sont femmes battues, qui sont séquestrées qui peuvent pas honorer leur RDV au bloc parce qu'elles se font enfermées par leur conjoint, on se sent très impuissante. Et faut aussi parfois dealer avec ça, on est pas non plus tout puissant et on fait ce qu'on peut. Mais c'est aussi le côté très difficile de notre métier, parfois ce sentiment d'impuissance dans des situations surtout sociales. Moins sur l'aspect médical parce que je fais très peu d'oncologie, fin des situations d'impasses thérapeutiques, des choses comme ça très compliquées je les gère pas au quotidien. Mais ouais, des situations sociales très très lourdes on c'est très difficile de trouver un logement, pour des patientes qui sont en détresse, des situations sociales compliquées, des parcours migratoires hyper violents. Y a des patientes qui vivent à la rue, il faut aussi les prendre en charge. Parce que moi c'est ça que j'aime dans mon métier, c'est d'être le plus inclusif possible. L'objectif c'est de traiter toutes les patientes de la même manière, que ça soit la cadre sup de chez Sanofi ou la prostituée du quartier, ou la SDF qui a un parcours migratoire juste atroce et qui a fui son pays parce qu'elle a subi des mutilations sexuelles, et qu'elle a été violée X fois dans son pays fin, toutes ses patientes doivent être prises en charge de la même manière. J'ai de l'handi-consult aussi, j'ai des patientes multi-handicapées, tous types de handicap physique ou mental. Qui à cause de leur handicap sont sorties du parcours de soin. Donc c'est des patientes en rupture de suivi à cause du handicap, on les réinsère dans le suivi dentaire et gynécologique principalement dans cette structure. Là donc j'ai une consultation avec une infirmière du dispositif avec moi, qui au préalable a tout cadré en amont, parce que parfois y a des problèmes de transport, on a le lève malade évidemment, j'ai eu table dédiée à de l'handi-consult. On a des temps adaptés aussi. L'infirmière fait tout un interrogatoire gynéco avant pour savoir pourquoi est-ce que je vois la patiente, récupérer éventuellement des courriers des médecins qui me l'adressent. Et je les vois une fois par mois, on a 3/4 patientes par vacation. J'essaie

de les réinsérer dans le suivi parce que parfois c'est des patientes qui ont pas eu de suivi gynéco pendant de nombreuses années. D'autres qui avaient un gynéco qui faisait ça, mais qui est parti à la retraite. Donc le but c'est d'être le plus inclusif possible dans ma démarche. Et de pas juger les gens, parce qu'on est pas là pour juger, notre métier c'est être le plus neutre possible dans toutes circonstances. D'être vraiment sans jugement. Et ce qui je pense est le plus dur, en tout cas en gynécologie parce que beaucoup de patientes me rapportent des faits et des propos de confrères et de consœurs qui sont vraiment choquants. Et j'ai du mal à imaginer qu'on fasse ce métier et qu'on puisse juger autant des patientes. Notamment sur des parcours d'IVG, sur des comportements sexuels à risque. Mais vraiment faut arriver je pense à faire ce métier sans juger les gens, et là c'est qu'on a trouvé notre voie si on arrive à faire ça je pense. Sinon on fait pas ce métier. Fin c'est mon point de vue hein. Mais voilà je pense que c'est indispensable la neutralité.

- Et est-ce que vous diriez que dans votre parcours professionnel et personnel il y a des éléments qui influencent votre façon de travailler aujourd'hui?
- Je pense que de fait... bin les réseaux sociaux je pense impact un petit peu parce que forcément je suis aussi beaucoup de réseaux féministes... je suis pas du tout quelqu'un de militante ni de politisée mais... de fait, je partage beaucoup d'opinions des différents courants du féminisme. Donc j'ai des lectures qui sont orientées, j'écoute des podcasts qui sont orientés. La plupart des médias que j'écoute sont orientés. J'ai tendance à écouter plutôt des médias de gauche. Voilà je pense que la politique et les médias que j'écoute m'influencent un petit peu dans ma pratique, dans ce côté de médecine sociale. Après est-ce qu'il y avait un autre sens dans ta question?
- Non non, c'est ça!
- Et oui parce que du coup dans les référencement je suis sur le site gyn&co, je suis référencée sur ce site là pour justement des femmes qui ont été déçues par des prises en charge gynécologiques et qui cherchent des soignants bienveillants donc du coup c'est vrai que j'ai été beaucoup reconnue par la communauté LGBT et les personnes handicapées, qui m'ont citée sur ce site là. Et puis après c'était aussi dans ma pratique quotidienne face aux violences soit actuelles soit passées, je me suis rendue compte que beaucoup de mes patientes ont été victimes d'inceste. Mais parce que c'est 10% de la population donc forcément je les ai aussi dans mon cabinet. Ou voilà des violences sexuelles enfant. Et là où vraiment je me suis dit y a quelque chose à faire, la maison des femmes à paris permet à ces femmes là d'avoir des structures d'accueil adéquates, quand j'ai su qu'ils montaient à Lyon la maison des femmes et qu'ils ont pensé à moi pour ce projet, j'ai dit oui. Bon en hésitant 10 secondes parce que je me suis dit je suis déjà assez occupée, vos cours à la fac, plus les cours aux externes... mais j'ai quand même accepté donc depuis le début de l'année je me suis associée à ce projet avec les HCL et la ville de Lyon. Donc ça oui ma pratique a influencé mes choix après de projet professionnel. Et donc ce projet que je fais sur mon temps libre est assez chronophage mais indispensable. Parce qu'on a besoin en tout cas de ce type de structure sur Lyon, qui est manquante. Mais si on a heureusement un réseau associatif qui est assez fourni, mais qui est débordé. Parce qu'on sait que les violences faites au femme sont énorme, fin y a un nombre astronomique de personnes à prendre en charge et donc elles sont aussi débordées. Mais voilà on voudrait construire une structure pluri-professionnelle pour les dossiers complexes ou y a besoin de RCP presque pour ces patientes, pour arriver à les prendre en charge tant sur le plan social, médical, psychologique et judiciaire. Après on aura pas l'ambition de faire de l'accompagnement, parce qu'on aura pas l'argent pour ça. Ça va être faire du

diagnostic, traiter les problèmes aigus. Mais après ça va être toute la question, pour faire du suivi il faut une structure énorme. Parce qu'on n'aura pas les moyens de suivre toutes les patientes. C'est ça qui va être très dur et très frustrant. Mais c'est là où on est heurtés à une institution, à des problèmes de financement, on a des freins qu'on pensait pas avoir parce qu'on sait qu'il y a un besoin donc on s'est dit on va réussir à lever facilement des fonds, et c'est pas du tout le cas en fait. C'est pas si facile de trouver de l'argent globalement. Et surtout dans ce domaine là parce qu'on aimerait avoir un fonctionnement avec une unité fonctionnelle médicale qui rapportera pas beaucoup d'argent, on va pas se mentir c'est pas sur l'argent de la sécu qu'on va gagner de l'argent donc c'est surtout sur du mécénat, c'est beaucoup de dons. Sauf que construire une structure comme ça sur des dons c'est pas une solution pérenne. Donc c'est difficile d'avoir de la visibilité. Mais bon. C'est aussi un projet qui me tient à cœur et le fait d'avoir rencontré toutes ces patientes et d'être au cœur de cette problématique fait que j'ai envie de m'impliquer un petit peu plus dans le sujet des violences faites aux femmes. Parce que sinon on se sent très impuissants. C'est dur.

- Et au niveau de la patientèle que vous avez tout ce qui est âge, catégorie socioprofessionnelle, est-ce que vous avez une patientèle variée?
- Le territoire fait que c'est hyper varié, c'est l'avantage du 7ème c'est qu'on a une zone de bureau autour donc on peut avoir de la catégorie socio professionnelle plutôt aisée, on a des étudiants parce qu'on a les écoles aussi qui sont pas très loin. Population plutôt précaire, modeste avec les quartiers moulins à vent, quartier des états unis, Vénissieux qui est pas très loin. Population aussi un petit peu précaire mais cette fois liée au centre CEVNI qui est notre centre aussi avec lequel on travaille parce qu'on fait partie du même groupe dispensaire général, qui pour le coup est étiqueté pour accueillir beaucoup de migrants, patientes non francophone ou il y a besoin d'interprétariat, qui ont la CMU, l'AME. Donc comme c'est proche de la préfecture ils sont facilement orientés vers eux donc après mes collègues médecins généralistes, quand c'est des femmes qui ont besoin d'un suivi gynéco, ils me les ré-adressent. Donc en fait j'ai aussi une grosse partie de population assez précaire, migrante. Donc vraiment c'est l'avantage de cette localisation, de ce centre c'est que c'est une population très hétérogène. Et puis l'âge, hyper varié, fin la plus jeune elle doit avoir 12-13 ans et la plus âgée elle a 89 ans.
- C'est la doyenne *rires*
- Exactement, mais qui est encore bien en forme. Mais c'est vrai que c'est ça qui est satisfaisant, d'avoir vraiment des femmes à tous les âges de la vie, pas que voilà faire de la contraception avant 26 ans et avoir au contraire la patiente qu'on accompagne pour la contraception tout au long de sa vie, la puberté à la ménopause, l'accompagnement de la ménopause aussi. Et pour le coup là la casquette médecine générale est assez intéressante. L'adolescente alors je suis un peu moins à l'aise, pour le coup y a un DU de gynécopédia que peut-être à terme je ferai, c'est pas la priorité. Parce que y a le DU d'endométriose que j'aimerais bien faire aussi. Donc ouais patientèle assez variée, c'est plutôt satisfaisant, c'est-ce qui rompt avec la monotonie c'est que chaque jour j'ai pleins de consultations différentes et je fais pas mal d'actes en fait. Hormis l'écho je fais quasiment tous les actes en gynéco que ce soit pose/retrait de stérilet, d'implant, la colposcopie, si y a des abcès aussi, des bartholinite je fais le drainage, des anesthésies locales, de la biopsie cutanée. Donc voilà ça permet aussi d'avoir quelques actes techniques qui je trouve en tout cas dans notre spécialité est plutôt intéressant, parce que moi j'aime bien le côté manuel du métier.

- Et puis ça permet la prise en charge globale, de pas avoir à réorienter
- Voilà c'est ça.
- Et au niveau de la prise de RDV vous faites par doctolib?
- Par Doctolib généralement, on a aussi un secrétariat physique mais c'est très rare que des patientes se présentent spontanément, ou alors qui ont été vues pas le médecin généraliste et en sortant du coup qui dit ça serait bien de voir la gynéco. RDV téléphonique aussi parfois. Mais Doctolib oui bien au moins la moitié des RDV sont pris en ligne.
- Et du coup le temps de consultation vous disiez 20min, c'est vrai quelque soit le motif?
- Sauf colpo où je mets 20 min et derrière je sais que y a des courriers, des explications donc je bloque le créneau derrière. Parce que c'est quand même un examen un petit peu long et on passe pas mal de temps à expliquer à la patiente. Et puis c'est un examen dynamique, il faut attendre que les produits réagissent, voilà prendre aussi son temps, l'installation, l'examen est pas très agréable pour la patiente aussi donc bon. Donc celui là 20min j'arrive pas à le tenir.
- Sur une consultation d'une patiente qui vient pour une consultation de contraception, plus particulièrement on va dire pour une première contraception ou un changement de contraception, pour vous qu'est-ce que vous diriez qui sont les enjeux?
- Bah c'est de comprendre ce qu'elle veut. L'objectif numéro 1 c'est pas ce que moi je veux lui prescrire, c'est-ce dont elle a besoin. Donc ça va être comprendre, la 1ère question c'est son parcours contraceptif, si elle vient pour un changement je veux savoir ce qu'elle a essayé. Souvent elles se souviennent pas de noms, mais voilà les catégories, si elles ont eu une pilule œstroprogestative ou microprogestative, si elle a essayé des stérilets, quel type de stérilet, si elle a déjà eu un implant, et à chaque fois les effets indésirables. Qu'est-ce qu'elle a mal vécu dans cette contraception, qu'est-ce qui a fait qu'elle a arrêté cette contraception. Est-ce que c'est parce qu'il y a un projet de grossesse, parce qu'elle avait des effets indésirables, ça c'est hyper important. Parce que prescrire la même contraception, quand les patientes me disent « oui je suis passée de Leloo à Optilova », bah oui, et donc? Bah non c'est pareil. "Ah bah vous m'étonnez ». C'est juste le nom commercial, le médecin lui a dit mais si si c'est une autre pilule. Donc soit le médecin se fout de sa gueule soit il n'y connaît rien. Quelle que soit l'option je n'aime pas trop. Donc ça m'embête quand les patientes me disent ça parce qu'en tant que médecin on a l'obligation quand même de se former un minimum, et voilà. Fin la consultation de contraception tout le monde doit pouvoir la maîtriser après 10 ans d'études. Donc comprendre son parcours contraceptif, ses envies, et surtout ce qu'elle ne veut pas. Parce qu'en fait parfois on prescrit des pilules alors qu'elles veulent pas du tout d'hormones donc y a aucun sens. Donc elles ressortent elles sont frustrées et nous on est passé à côté de la consultation. Quand elle s'oppose à une contraception, comprendre les freins. Ça c'est hyper important. Ok vous voulez pas d'hormones y a pas de problème, je vais pas vous forcer à les prendre les hormones mais quelles sont vos craintes. Dites moi verbalement, « j'ai peur des effets ». Mais qu'est-ce que c'est les effets qui vous font peur? Peur d'un cancer, peur de grossir, de perdre mes cheveux, d'avoir des boutons, de l'oublier et d'être enceinte. C'est hyper important qu'elle verbalise elle-même ses craintes. Pour après mieux les déconstruire si on sait que c'est faux, ou parfois ça peut être des effets indésirables

connus: prise de poids, modification de libido, troubles de l'humeur, je suis honnête avec elles. Mais oui c'est carrément possible. Mais moi à partir du moment où je vous change votre contraception, vous revenez dans 3 mois. Je m'engage à vous revoir dans 3 mois et je veux absolument qu'on refasse le point à ce moment-là, plutôt que de l'arrêter sans mon avis et de vous trouver en rupture de contraception. Et si ça va pas avant, on se revoit avant. Parfois faut se laisser peu de temps, je leur explique que voilà y a des temps de modification corporelles et qu'on va pas non plus se revoir au bout de 15 jours sinon ça a pas de sens, parce qu'on passe notre temps à changer de pilule sinon. Mais qu'il y a besoin de réévaluer ça ensemble. Je leur prends poids, tension, je prends systématiquement à chaque fois que je change de contraception. Je les pèse à chaque fois. Parce qu'en fait quand elles me disent « j'ai pris grave du poids » et une fois que je les pèse elles ont pris 500g je leur dis bah en tout cas c'est la même balance dans les mêmes conditions de pesée, je comprends qu'elles se sentent, des fois elles se sentent un peu gonflées ou quoi. Après dans l'autre sens y en a elles ont l'impression qu'elles n'ont pas pris de poids et je les pèse et elles ont pris 10kg. Du coup bah ça va pas. Est-ce qu'il s'est passé des choses, si y a pas eu de modification alimentaire ni de l'activité physique bah y a peut-être un soucis avec la contraception. Et là laisser un implant à une patiente qui a pris 15kg sous implant, voilà on se dit ça va pas quoi. Et puis y a tous les risques cardiovasculaires liés à l'obésité. Parce que des fois on passe d'une catégorie de surpoids à obèse avec un implant. Fin je cite celui là entre autres mais ça peut être d'autres hein. Donc voilà ça va être comprendre aussi leur craintes pour les déconstruire, et après estimer leur observance thérapeutique. Parce que la pilule, je leur montre ma boîte contraception, vraiment je leur fais une démo de chacune des méthodes pour qu'elles comprennent vraiment tout ce qui existe, pour qu'elles les voient, qu'elles les touchent si elles ont besoin pour comprendre un peu à quoi ça ressemble, pour que ça soit le moins abstrait possible. Je les classe par catégorie, sachant que c'est un petit échantillon mais au moins ça permet d'avoir une idée de toutes les catégories. Souvent je mets d'un côté les non hormonales, pour qu'elles se rendent compte que bon le choix est assez restreint. Que dans les contraceptions après longues durées d'action on a celles ci (stérilet cuivre, implant), et après dans les contraceptions hormonales, je leur explique parce que y a pas que l'objectif contraceptif, y a d'autres bénéfices. Est-ce qu'on veut traiter de l'acné, est-ce qu'on veut traiter un problème de pilosité, chutes de cheveux, un SOPK, une spanioménorrhée, des dysménorrhées, une hyperménorrhée. C'est comprendre leur cycle naturel pour trouver un traitement qui leur convient. Si une patiente est bourrée d'acné et qu'on la fout sous pilule OP de 2ème génération, on risque d'avoir aucun bénéfice sur son acné vu que y a très peu d'effet anti-androgénique. Donc peut-être passer sur du norgestimate, sur de la drospirénone, sur des pilules qui ont démontré leur effet sur l'effet anti-acnéique. Donc c'est ça qu'il faut maîtriser aussi dans notre métier, c'est pas de connaître tous les noms commerciaux, c'est connaître les catégories et les DCI. Moi je prescris pas 12 000 marques de pilules, j'ai 3-4 DCI en tête et c'est-elles ci avec lesquelles je jongle. Donc leur expliquer soit vous êtes capables d'y penser tous les jours et la pilule du coup vous êtes éligible, soit vous me dites que ça va être compliqué parce que horaires décalés, déplacements professionnels, charge mentale, peu importe mais qu'elle soit honnête, si c'est compliqué pour elle soit une fois par semaine avec le patch, une fois toutes les 3 semaines avec l'anneau, ou si vraiment vous voulez pas assumer cette charge là partir sur quelque chose avec une longue durée d'action. Et insister sur sa réversibilité. Parce que y en a qui ont peur de ça, parce qu'elles ont entendu leur maman dire non non pas de stérilet avant d'être maman, tu seras stérile après, ou leur ancien gynéco qui leur a dit ça. Donc déconstruire aussi ça. Y a des patientes en disant d'emblée moi je peux pas de stérilet: ok mais pourquoi, c'est quoi vos arguments, j'ai pas eu d'enfants,

j'ai peur d'être stérile. Bah non on peut peut-être essayer, surtout si on a essayé d'autres contraceptions et qu'on est dans une impasse thérapeutique vaut mieux tester un stérilet plutôt qu'une grossesse non désirée et de faire une IVG. Fin ça c'est mon opinion, je le dis pas comme tel, d'ailleurs je leur demande toujours, parce que y a quand même pas mal qui n'utilisent pas de moyen de contraception, qui utilisent le retrait, même pas l'analyse du cycle hein on va pas se faire chier à prendre sa température, à aller calculer, on fait confiance à l'autre. Là je leur demande son degré d'acceptabilité d'une grossesse non désirée. Je leur demande si pour elles c'est ok, faire un IVG c'est pas si terrorisant que ça, ou est-ce que pour vous c'est dramatique, ça peut être un drame familial, ou personnel ou dans le cadre du couple. Et si elles me disent c'est dramatique je leur dis bah il faut qu'on trouve une solution. Il faut qu'on prescrive une contraception au cours de cette consultation. Et du coup il faut déconstruire vraiment tous les à priori qu'elles ont sur chacune des méthodes. Parce que souvent elles arrivent avec pleins d'à priori. Et c'est là le défi de notre entretien, et de faire ça en 20 minutes. Alors souvent sur les consultations de contraceptions je pars sur un long échange et donc souvent j'ai pas le temps de les examiner. Sauf si y a une pose de stérilet qui est envisagée et qu'elles ont jamais eu d'examen gynéco. Là il faut que je vois comment le col il est fait est comment elle supporte la pose du spéculum, s'il y a un vaginisme. Parce que poser un stérilet à une vaginique, si on arrive pas à mettre le spéculum ça va être compliqué. Elle va être là avec son stérilet à la main elle va me dire « vous me le posez? » bah... ça va être galère *rires*. Voilà après je leur explique la taille de leur utérus, que les boîtes de stérilet sont immenses mais que c'est tout petit un stérilet. Parce que pareil souvent elles ont pas du tout notion de la taille de leur utérus, on se représente un utérus de femme enceinte mais en fait un utérus gravide ça n'a rien à voir, une cavité utérine c'est tout petit. Comme parfois la représentation de leur vagin? Quand elles mettent l'anneau vaginal je leur dis vous pouvez le récupérer avec vos doigts, elles me disent « mais c'est super loin », bah non en fait votre vagin il est pas plus grand que votre doigt. Il est pas plus profond que ça. Donc voilà c'est aussi un peu de savoir quelles sont les représentations de leur corps, et de savoir aussi si elles sont à l'aise aussi avec le fait de toucher leur sexe, tout simplement. Parce que bon prescrire un anneau vaginal à une patiente qui ne sait pas mettre de tampon, qui sait à peine où est l'orifice vaginal ça va être compliqué. Donc ça va être de façon très concrète et bête de leur dire « mais vous voyez dans quel trou faut le mettre? », comme quand on leur fait faire un auto-prélèvement en fait. Moi quand je suis à l'hôpital et que je leur demande de faire l'auto-prélèvement pour le PCR chlam et gono, je leur dis « est-ce que vous voyez ou il faut le mettre? », c'est bête hein mais c'est pas inné en fait.

- Et est-ce que vous parlez de toutes les contraceptions à toutes les patientes, même si elle arrive et qu'elle a plutôt une idée précise déjà?
- Alors tout dépend à l'interrogatoire si y a des contre-indications formelles: si elle me parle d'hyperménorrhées, de dysménorrhées et qu'elle veut absolument un stérilet au cuivre, bah la je vais peut-être lui montrer autre chose. Là je vais pas le poser parce que je vais être délétère, donc j'explique ce qui existe en alternative parce que ça va pas fonctionner. Si d'emblée y en a qui ont des contre-indications là j'insiste du coup sur d'autres méthodes, j'explique celle qu'elles avaient choisi et pourquoi je ne la prescrirai pas, pour qu'elles comprennent mon non, parce qu'elles peuvent se dire bah je vais demander à quelqu'un d'autre. Après quand les femmes parfois arrivent très déterminées, qu'elles prennent la pilule depuis des années et qu'elles me disent je veux un stérilet, je suis prête, je le veux maintenant, bon je re-déroule pas tout, je leur demande si elles se sont déjà un petit peu informées dessus, et si oui là pour le coup je

m'éparpille pas, je leur explique concrètement la différence entre les 2, si elles sont éligibles aux 2, je leur demande si elles veulent en gros avoir leurs règles encore ou pas, et c'est ça qui me permet de faire un choix.

- Et hors ce qui est contre indications médicales et ce que vous disiez dysménorrhée et règles très abondantes, est-ce qu'il y a d'autres facteurs de la patiente qui vont vous faire insister sur une contraception plutôt qu'une autre?
- Bah y a une grosse partie d'endocrino qu'il faut savoir quoi poser comme questions sur le cycle naturel, typiquement j'ai le tableau de SOPK en fait, c'est tellement fréquent les patientes qui viennent pour des troubles du cycle, des problèmes d'acné, des problèmes de pilosité qu'en fait il faut savoir d'emblée à l'interrogatoire, on voit déjà leur visage si y a de l'acné ou pas mais ça peut être corporel donc si elles sont couvertes je leur demande si elles en ont sur le dos, le décolleté. Pareil l'autre jour je demande à une patiente si elle a une pilosité excessive hors zones de pilosité féminine habituelle. Elle me dit non, on me l'a jamais dit et je pense pas. 1er examen gynéco, je l'examine, mais un hirsutisme de fou, un vrai hirsutisme sévère. Donc c'est pour ça, pourtant j'avais l'impression de bien lui avoir expliqué la question. Donc clairement j'ai fait un bilan d'hyper-androgénie, parce que ça avait jamais été fait de sa vie. Pareil des fois elles s'épilent, donc je sais pas comment elles sont. Et donc il faut savoir et si besoin faire un bilan d'hyper-androgénie parce que la contraception pourra avoir un effet aussi là dessus
- Et au niveau de l'âge est-ce que vous allez parler de toutes les contraceptions quelque soit l'âge, notamment pour le stérilet?
- Tous les âges, j'ai zéro limite. J'ai même posé des stérilets sur des vierges, qui avaient très très peur d'être enceinte. Du coup c'est pas un frein pour moi. Contraception, j'insiste quand même chez la femme 20-25 ans très très fertile, je leur explique que même avec une très bonne analyse des cycles, on arrive à identifier la période d'ovulation, y a aucun problème si elles veulent rester sur une méthode d'observation du cycle maintenant je leur explique comment il faut faire, quelle est la période de fertilité pendant un cycle, et que parfois on peut ovuler 2 fois dans un cycle, ça peut arriver. Et que des fois on peut ovuler à proximité de ses règles, voire pendant ses règles si on a des règles longues. Donc j'essaie de leur expliquer que ok si elles veulent partir sur du naturel y a pas de problème, mais je leur explique vraiment comment elles fonctionnent parce que beaucoup font confiance à leurs applis, alors elles sont très bien faites la plupart des applis d'observation du cycle, mais en fait elles croient que ça. A un moment faut aussi mettre en garde: vous allez avoir un période stressante? Vous allez avoir des examens? Vous avez un décès? Une infection? L'appli elle s'en rend pas compte. Et votre période d'ovulation peut être décalée. Donc sur cette période là être beaucoup plus précautionneuse et mettre le préservatif de façon un petit peu plus systématique.
- Et vous parliez de l'examen clinique, est-ce que vous le proposez en systématique, à part ce que vous disiez dans le cas d'un stérilet chez une patiente qui n'a jamais eu d'examen?
- Ça dépend, sur de la consultation d'une patiente qui vient pour son suivi gynéco et où à cette occasion on parle de contraception, là bien sûr je le fais, si c'est une première consultation de contraception là dans ce cas là j'aborde beaucoup de sujet donc c'est long, on parle de l'intérêt du suivi gynécologique, ce qui doit l'alerter, ce qui doit la pousser à consulter, je déballe un peu toutes les contraceptions, c'est rare que le

temps me permette aussi de les examiner à ce moment là. Et souvent à la fin je leur demande s'il y a une frustration que je ne les examine pas. Je leur dis est-ce que vous avez besoin que je vous examine, pour moi c'est pas indispensable mais est-ce que c'est quelque chose de nécessaire pour vous rassurez. Et en fonction de si elles me disent oui ça me rassurerait parce que j'ai une tante qui a eu un cancer du sein à 35 ans et que ça me rassurerait que vous me fassiez une palpation des seins, bah je le fais. Parce que le but c'est pas qu'elle parte frustrée de cette consultation, qu'elle ait pas l'impression que j'ai bâclé son RDV, c'est ça qui est un peu pernicieux surtout en libéral quand on a un planning qui est assez serré avec des consultations très timées. Moi j'ai aucune plage de rattrapage de retard par exemple. C'est un choix parce que j'avais au début beaucoup de RDV non honorés, donc je m'étais dit de fait naturellement mon rattrapage se tassera parce que des gens ne vont pas venir. Bon il s'avère que dernièrement j'ai eu des patientes plutôt sérieuses qui venaient à leur RDV. Donc ça peut arriver que des fois je déborde du coup parce qu'en fait sur une consultation simple après on part sur d'autres choses et c'est la aussi ou il faut savoir cadrer les patientes, leur expliquer qu'on est sur un temps de consultation, qu'il y a beaucoup de thématiques et problématiques à aborder, mais dans ces cas là j'hésite pas à différer l'examen. Et puis beaucoup arrivent en disant ah je me sens pas prête, je me sens sale, j'ai mes règles, je leur explique que moi c'est pas un frein les règles, j'en vois tous les jours, c'est pas problématique mais je comprends que par pudeur ça vous gêne, mais moi en tout cas c'est pas quelque chose qui me gêne et là voilà y en a finalement elles se disent pourquoi pas se faire examiner quand on a ses règles après tout *rires* et d'autres c'est un non catégorique et là on re-programme un RDV.

- D'accord. Et est-ce que vous parlez de la contraception d'urgence quand vous prescrivez une pilule ou sur des patientes qui utilisent des préservatifs, ou qui pratiquent le retrait ou l'analyse des cycles?
- J'utilise uniquement quand c'est des méthodes à risque, donc contraception mécanique, préservatif, diaphragme, ou méthode d'analyse des cycles. Parce que je trouve qu'on leur bourre le crâne avec tellement d'infos sur la pilule, et qu'en fait un échappement ovulatoire sur une pilule qui a un retard qui est minime, je leur explique que c'est sur les oublis successifs que y a un vrai risque d'échappement ovulatoire et donc un risque d'ovulation. Je leur explique en plus que si l'oubli se passe en milieu de plaquette le risque est infime. Et que par contre si l'oubli se fait sur le début de plaquette quand on est proche de la période de pause, soit avant soit après, là c'est une période un peu à risque. Donc la notamment sur la fin de la plaquette je leur dis vous enchaînez avec la plaquette suivante, vous faites pas la semaine de pause, comme ça y'aura pas d'échappement ovulatoire. Parce que le recrutement folliculaire sur un oubli de pilule il est infime, j'ai plus le % en tête mais il est infime. Donc il vaut mieux pas leur embrouiller la tête avec la prise de la contraception d'urgence, aller à la pharmacie, elles ont peur de pas avoir le temps d'y aller donc elles se disent c'est bon la pilule c'est foutu, donc elles arrêtent... je trouve que parfois, trop d'information tue l'information. Alors après y en a certains qui disent que si tout est bien écrit sur l'ordonnance... mais parfois l'ordonnance elles l'ont perdue, elles l'ont pas sous la main. Donc ça c'est un choix personnel, pour les contraceptions orales je ne prescris pas de contraception d'urgence. Si elles partent en voyage et qu'elles n'ont plus leur pilule, je leur dis de me contacter et je leur envoie une ordonnance via doctolib, ou alors parfois je la mets même directement sur doctolib comme ça elles l'ont en version numérique et je leur dis « où que vous soyez, vous pouvez avoir accès à une pharmacie et récupérer votre pilule ».

- Et du coup sur les méthodes mécaniques où vous parlez de la contraception d'urgence, est-ce que vous parlez pilule d'urgence et stérilet au cuivre?
- Que de la pilule. Parce que dans les faits c'est-ce qui se passe, parce que poser un stérilet dans les 5 jours qui suivent un rapport à risque, c'est irréalisable. Parce que déjà mon secrétariat il est pas toujours facile à joindre, j'ai pas toujours de RDV dispo sur doctolib, et puis c'est pas sur que ça soit une contraception qui lui convienne, et il faut qu'elle ait une ordonnance... fin sauf si je la vois là et qu'elle a eu un rapport à risque la veille est qu'elle me dit finalement ça serait bien un stérilet. Bah là je lui dis allez le chercher maintenant et je vous le pose maintenant. Mais la probabilité qu'elle se passe cette situation elle est infime. Donc non, globalement mon discours c'est si rapport à risque, rapport non protégé, c'est pilule du lendemain, je leur explique bien que ce nom est très mal trouvé mais que c'est à prendre dans les 72h voire dans les 5 jours qui suivent le rapport à risque, que même si c'est le dimanche vous allez à la pharmacie de garde en fait il faut pas attendre le lundi matin, et que ça peut entraîner des troubles du cycle derrière. Ça j'anticipe en disant y a des risques qu'il y ait des saignements donc une personne qui basait sa contraception sur l'analyse de ses cycles je leur dis pendant un à 2 mois vous mettez le préservatif parce que ça risque de dérégler vos cycles. Et du coup on se retrouve avec des patientes qui prennent 2-3 fois la contraception d'urgence sur plusieurs semaines parce que du coup c'était tout dérégulé et on leur avait pas dit. Donc voilà mon discours est assez limité sur la contraception d'urgence globalement. Parce que je trouve que je donne déjà beaucoup d'informations.
- Et toute à l'heure vous aviez mentionné l'IVG, et c'est une grosse partie de votre pratique, vous disiez que sur des patientes qui avaient une méthode de contraception mieux fiable vous abordiez la thématique de si elles étaient prêtes à envisager une grossesse ou pas du tout, est-ce que vous parlez de l'existence de l'IVG dans vos consultations de contraception?
- Je leur dis, sur des contraceptions très très fiables, que la probabilité elle est infime mais pas zéro. Donc si par exemple une patiente sous stérilet elle a un retard de règles et des signes de grossesses, qu'elle fait un test urinaire, le stérilet je veux absolument qu'il soit contrôlé via une écho, parce qu'on peut avoir une grossesse sur stérilet s'il est mal positionné, aussi à l'écho on peut voir un utérus bi-corne ou voilà, on peut découvrir des malformations. C'est pas parce qu'elles ont une contraception qui est très fiable qu'elles peuvent pas être enceinte. C'est à dire qu'à partir du moment où il y a des symptômes qui les alertent ou qui les étonnent, qu'elles fassent un test urinaire... mince j'ai perdu la question?
- Est-ce que vous parlez de l'existence de l'IVG..?
- Ah oui voilà, donc je parle surtout de l'acceptabilité d'une grossesse non désirée s'il y a des rapports non protégés, notamment l'utilisation du coït interrompu, et l'IVG je leur explique que si un test urinaire était positif, qu'elles m'appellent tout de suite et qu'on en discute parce que l'IVG existe. Et que j'en fais. Mon discours se résume à ça. Parce que parfois les patientes savent pas forcément, elles vont vouloir aller chercher ailleurs alors que bah du coup vu que j'en fais ça serait dommage de galérer à trouver quelqu'un alors que je peux les prendre très rapidement. Après y a un biais hein, des IVG j'en fais toutes les semaines donc forcément, à force de faire des IVG de patientes sous contraception on a l'habitude d'aborder le sujet assez rapidement, et j'essaie, pas tout le temps mais de leur dire si y a quelque chose qui cloche faites un test urinaire, c'est quand même très fiable. Donc je les rassure là dessus, et en leur disant si il est positif

c'est pas dramatique, on se revoit et on en discute. Parce que je leur explique que la contraception n'est pas fiable à 100%, même un pilule qui est très bien prise, même un stérilet, bah on peut tomber sur des surprises notamment sur des stérilets, beaucoup plus cuivre, pareil y a un biais parce que toutes les IVG que je fais sur stérilet des stérilets en cuivre hein, c'est pas les hormonaux, parce que les hormonaux même s'ils sont mal placés y a d'autres mécanismes de sécurité, y a une glaire qui est plus épaisse, une diminution de la mobilité tubaire, une atrophie endométriose donc en fait déjà la rencontre entre les gamètes elle est déjà peu probable, et l'implantation encore moins. Moi je leur explique que de tous les moyens qui existent, on est à plus de 99% d'efficacité, c'est l'implant. Je leur dis, l'implant c'est quasiment le même indice de Pearl qu'un stérilisation.

- C'est bien vous me faites les transitions *rires*, concernant la contraception définitive, est-ce que vous abordez le sujet?
- J'aborde le sujet, alors ça dépend, c'est vrai qu'une patiente de 25 ans qui vient pour une contraception, j'aborde pas le sujet. Si elle d'emblée vient en me disant je galère à trouver un gynéco pour me faire opérer, là j'essaie de me débrouiller pour trouver des consoeurs qui veulent bien opérer mes patientes, c'est un peu la galère quand elles ont moins de 30 ans et surtout pas d'enfant, c'est même quasiment impossible. Je leur explique le délai de réflexion obligatoire, que c'est la loi qui l'impose. Je leur explique qu'il y a la vasectomie. Que le geste est beaucoup moins contraignant, que y a moins d'effets indésirables liés à la chirurgie. Mais je leur dis si vous voulez même qu'on en discute avec votre conjoint. Parce que parfois c'est la représentation qu'on a. Que la femme ne veut plus d'enfants, qu'elle voudrait un ligature mais c'est le conjoint qui veut pas. Et donc là c'est problématique. Si y a une décision potentielle de vasectomie je donne des coordonnées d'urologue que je connais. Je leur explique aussi bien, ça elles le savent hein, mais qu'il y a un côté irréversible. Et que si pour une raison X ou Y y a un regret de la méthode, qu'en fonction de leur âge elle sera éligible à de la PMA. Ou une chirurgie de reperméabilisation tubaire, mais la probabilité elle est quand même infime. Et que voilà, quand y a des intolérances à pleins de contraceptions, que y'a pleins d'effets indésirables, quand y a trop de contre-indications que ça soit cardiovasculaires, ou d'autres problèmes de santé qui font que c'est compliqué de trouver une contraception, dans ces cas-là c'est une option que je leur propose assez facilement. Je leur dis "est-ce que vous voulez encore des enfants ?"s, si c'est un non catégorique je leur demande pourquoi elles envisagent pas une chirurgie. Alors le mot chirurgie c'est un mot qui fait peur, le mot stérilisation je le trouve pas bien plus sexy... du coup je dis quand même ouais vous faire opérer. Je trouve pas d'autre mot. Mais bon ça reste un coelioscopie, de l'ambulatoire, un arrêt de travail derrière parce qu'on est pas très confortable dans les jours qui suivent, voilà c'est une réalité aussi.
- Et y a un âge à partir duquel vous en parlez en systématique?
- Non. Mais même à la consultation de la femme de plus de 40 ans je l'aborde pas spontanément bizarrement. Parce que... alors y a des projets parentaux qui maintenant sont de plus en plus tardifs, des patientes qui viennent avec leur 1er enfant à 37-38 ans, 40 ans donc c'est compliqué parce que souvent elles se sont installées tard, mis en route plutôt tard avec ces personnes là donc c'est vrai que c'est pas à ce moment là qu'on va leur parler de stérilisation. Après les patientes qui ont eu des enfants et qui disent j'en veux plus c'est vrai que la stérilisation c'est pas la méthode que je propose en 1er parce que je pense aussi au bénéfice non contraceptif, et notamment le syndrome pré-ménopause, toutes les patientes qui ont

des problèmes de dysménorrhées, hyper-aménorrhée, mastodynie, là dans ces cas-là ça permet de traiter potentiellement des règles symptomatiques, ce qu'on a pas avec la stérilisation. Donc je préfère leur poser un Mirena, et je leur dis le Mirena une fois que je l'ai posé à 40 ans je le touche plus en fait, jusqu'à la ménopause il reste en place. Il fera le temps qu'il fera, tant qu'il a un effet hormonalement parlant qui bloque vos règles bah on est contentes. Donc pourquoi avoir une chirurgie si finalement un stérilet hormonal permet en plus de résoudre les problèmes de règles et de syndrome pré-ménopausique. Donc là y a pas de bénéfice non contraceptif de la stérilisation. Donc dans la possibilité où les patientes tolèrent bien des contraceptions hormonales, j'ai tendance à laisser une contraception hormonale.

- D'accord. Donc c'est si la patiente aborde le sujet que vous en parlez.
- Ouais. Ou quand vraiment on a fait le tour, que y'a rien qui lui va, qu'on a essayé pleins de choses, à un moment y'a pas 12 000 possibilités en fait. Y'a pas non plus pleins de catégories de contraceptions, parce que quand elles sont contre-indiquées à plusieurs choses et qu'elles ont besoin d'une contraception efficace, je leur dis bah ça peut être une option. En leur disant qu'entre le moment où elles prennent la décision et le moment où ça se passe, y a plusieurs mois. Déjà les 4 mois incompressibles, le RDV avec le chirurgien, le RDV avec le bloc opératoire... Et pareil pour la vasectomie. Parce que parfois c'est rageant de faire une IVG à une patiente dont le conjoint est en attente d'une vasectomie. Ou alors la vasectomie a été faite mais ils n'ont pas attendu le spermogramme. Fin elles déclarent en tout cas avoir eu des rapports avec cette personne. Parce que je leur dis quand elles font une vasectomie, faites attention parce que pour vous si y a une grossesse non désirée ça peut être compliqué à expliquer. Donc ouais non la stérilisation c'est vrai que j'aborde pas d'emblée le sujet. J'en parle vraiment de façon occasionnelle.
- Et qu'est-ce que vous diriez qui pour vous est une consultation idéale, et au contraire une consultation où vous ne serez pas satisfaite?
- Bah idéale c'est être sûre qu'on ait bien choisi la méthode, que j'ai vraiment fait un interrogatoire poussé pour comprendre le besoin de la patiente. Donc là je vais être satisfaite si j'ai l'impression que j'ai vraiment pu mener mon enquête et comprendre vraiment le besoin de la patiente. Insatisfaite, bah une patiente qui vient pour une demande d'IVG alors que je lui ai prescrit une contraception. Bah je le prends direct pour moi parce que c'est une patiente que je suis, c'est ma patiente. En plus elle va me dire « bah oui j'étais en attente de la pose du stérilet, j'hésitais un petit peu, bin du coup avant de poser le stérilet le test de grossesse il est positif. Bin je suis déçue, mais après c'est inhérent à la vie des patientes aussi, on peut pas tout contrôler. Des fois on veut tout contrôler pour elles, faut aussi accepter ça et que bah voilà les patientes elles ont rapport avec leur fertilité que nous on a pas avec notre propre fertilité. Moi dans mon histoire personnelle par exemple j'ai toujours eu besoin de contrôler la fertilité mais vraiment de façon très drastique quoi, pour moi c'était une catastrophe si j'étais enceinte. Et j'ai jamais eu recours à l'IVG de ma vie, j'ai jamais été enceinte de ma vie... mais voilà à titre personnel pour moi j'avais besoin de maîtriser la contraception parce qu'une grossesse non programmée aurait pas été bien vécue, je l'aurais vécu comme un échec personnel en me disant que y a tellement de méthodes qui existent ça aurait été quand même dommage. Mais voilà on a pas tous le même rapport avec la fertilité, avec sa propre fertilité, avec sa sexualité et puis y en a qui aiment tout simplement avoir des rapports à risque en fait. Et faut être ok avec ça. Voilà et nous notre travail c'est là aussi d'accompagner, de dire ok vous avez des rapports à risque, vous avez plusieurs partenaires, c'est pas grave je vous prescris des bilans d'IST itératifs pour que vous

chopiez pas une IST, ok y a des rapports à risque bin faut avoir le réflexe de faire un test urinaire de grossesse ou une prise de sang assez rapidement pour confirmer la grossesse et on se voit assez vite pour faire une IVG précoce. Voilà c'est ça aussi notre boulot. On est pas dans le lit des gens, faut pas non plus s'immiscer dans leur vie privée parce que parfois on a tendance à trop s'immiscer et à être trop paternaliste. Moi c'est pas mon mode d'exercice, y en a qui le préfèrent, « non mais moi à votre place je ferais ça », « madame il vous faut ça »... moi c'est pas mon tempérament, j'expose les situations, j'explique avantages/inconvénients, si la patiente entend pas les avantages que je lui cite ou elle juge que c'est pas entendable ou pas acceptable sur le moment je lui dis bah ok c'est pas grave, on en rediscutera à un autre moment mais là à l'instant T voilà c'est plutôt cette contraception qui me semble la plus pertinente pour vous, si pour vous c'est pas ok parce que c'est pas le bon timing ou ça vous va pas ou que y a encore trop de freins dans votre tête... parce que voilà, on essaie de faire tomber des barrières mais parfois on a beau donner tous les arguments, elles tombent pas ces barrières. Bah mon taff c'est de trouver d'autres alternatives du coup pour éviter une situation qui serait dommageable pour elle et encore une fois, des fois moi j'ai des patientes elles en sont à la 7ème, 8ème IVG, et c'est ok. Alors on a l'impression parfois qu'on est des prestataires de service hein, c'est sûr, on se dit bon bah c'est dommage, mais en même temps on peut pas forcer des gens à se contracepter. Donc voilà faut rester assez distant aussi par rapport à ça et ne pas vouloir trop s'immiscer dans la vie des gens. On est pas dans leur lit. On est là juste pour leur rendre service.

- Dernière question, est-ce qu'il y a des situations où vous avez l'impression que vous n'avez pas tous les outils en votre possession pour que la prise en charge soit idéale à vos yeux?
- Là je commence à être assez calée sur le sujet, mais faut quand même rester assez humble parce qu'il y a des nouveautés aussi qui sortent, et c'est bien aussi de comparer, d'avoir d'autres expériences de collègues, d'où l'intérêt aussi de faire des échanges inter-professionnels. Mais là en l'état en tout cas, peut-être oui parfois sur une actualisation sur les nouvelles pilules qui sortent du marché, ou si peut-être sur les prix. Parce que ça pour le coup souvent on me pose la question et je suis pas toujours au fait sur les prix actuels en tout cas de certaines pilules, surtout que ça dépend en fonction de où elles vont... Donc oui ça pourrait être pas mal que peut-être l'ANSM puisse nous communiquer - peut-être que ça existe et que je ne connais pas - les prix, des prix qui peuvent être variable en fonction des pharmacies... ça je leur explique aux patientes, surtout pour les contraceptions non remboursées, parce que par exemple aujourd'hui j'ai une patiente qui a annulé son RDV pour une pose de stérilet parce qu'elle peut pas se payer son stérilet. Elle a sûrement pas de mutuelle, donc elle a 1/3 à payer, et je pense que financièrement pour elle ça n'était pas possible. Donc c'est bien aussi d'avoir le sujet de l'argent en consultation, parce qu'il peut y avoir une rupture d'observance à cause d'une contraception non remboursée. Et ça je leur dis bien que je le prescris, « attention c'est une contraception non remboursée, est-ce que pour vous c'est acceptable d'émettre 10-15€ par mois dans votre contraception. Aussi vos mutuelles peuvent peut-être prendre en charge une partie. Renseignez-vous, y a un forfait contraception dans certaines mutuelles. Bon ça reste un forfait, tout le reste est à votre charge, mais ça peut être aussi intéressant. Et puis parfois j'aborde le sujet clairement, « si vous êtes en couple stable est que votre partenaire aussi il a pas envie de gamin, c'est peut-être intéressant de mettre ça dans le pot commun aussi, comme vous achetez le papier toilette ou les biscottes ». Je sais, fin c'est bête à dire mais je pense que si financièrement c'est galère c'est bien pour tous les 2 en fait cette contraception. Parce que je pense que pour lui ça serait pas non plus très acceptable qu'il y ait une

grossesse, de surcroît si vous voulez le garder ça lui coûtera beaucoup plus cher *rires*. En pension alimentaire *rires*. Non mais voilà je plaisante mais parce que parfois les patientes le disent spontanément mais ça peut être aussi un sujet à aborder de cette manière là. Donc voilà. Je sais pas si j'ai répondu à cette question encore de façon complète?

- Oui oui, très bien!
- C'est vrai que c'est un sujet qui me passionne, et c'est vrai que la contraception c'est une thématique qui est assez riche.
- Mais oui on sent que ça vous passionne.
- Mais oui, mais putain c'est un enjeu tellement de santé publique la contraception. Fin je trouve que le nom du DU « régulation des naissances » est tellement plus parlant. Fin c'est vraiment ça, on régule les naissances, c'est des méthodes d'espacement de naissances. Et d'ailleurs on se fait peut-être un peu taper sur les doigts parce que notre natalité baisse, peut-être qu'on fait trop bien notre boulot *rires*. Donc ça a peut-être aussi un impact sur notre économie aussi ce qu'on fait. En même temps on sent que c'est tellement dans le climat, fin moi je le sens avec les patientes, que là elles ont pas trop envie de gamins. C'est plus un but dans la vie. Et par contre assez paradoxalement ça leur fait quand même très mal quand on leur apprend que y a des problèmes de fertilité. Mais c'est vrai que c'est un autre sujet la fertilité, moi c'est vrai que c'est pas du tout un sujet qui m'intéresse la PMA, parce que c'est pour ça que c'est compliqué d'avoir accès à des gynécos med, parce que la plupart sont en hôpital ou en clinique pour faire de la PMA, qui est plus rémunératrice. Mais c'est aussi un vaste débat, jusqu'où pousser la fertilité avec la PMA. Fin dans les 2 sens, des fois nous on nous dit qu'on est un peu pro-IVG à vouloir avorter tout le monde mais en fait ça reste pour nous le choix de la femme, on est pas là pour forcer les gens. Bien que notre discours parfois influence, et encore on explique à chaque fois qu'on est pas là pour décider. Parce que beaucoup aimeraient qu'on prenne la décision à leur place pour déculpabiliser. Et je leur dis que mon travail en fait c'est juste de vous donner avantages/inconvénients des méthodes. Et de vous accompagner psychologiquement, être un soutien psychologique mais je suis pas là pour décider à votre place. C'est vous et vous seule qui pouvez décider. Et c'est parfois très lourd comme fardeau à porter. Faut rester à sa place aussi là dessus.

D.D

- Pour commencer est-ce que vous pouvez me décrire un peu votre parcours, ce qui vous a amené à exercer aujourd'hui, ce qui vous a motivé à être sage-femme
- Donc moi je suis diplômée sf depuis 2015, j'ai travaillé 1 an et demi en hospitalier, et en suite le contexte de travail n'était pas le même que maintenant c'était bcp plus bouché au niveau hospitalier donc je me suis installée en libéral après 1 an et demi, j'ai commencé par faire des choses assez générales, un peu de tout, et de part les demandes que j'ai eu j'ai plutôt une tendance maintenant à travailler uniquement quasiment, 90% en gynécologie. Que ça soit suivi gynéco ou orthogénie, et je fais un peu d'échographie aussi, un peu de tabacologie; mais ma pratique lère c'est au niveau gynéco. Ma pratique elle a évolué au niveau libéral sur un versant gynécologique plutôt suite à une demande des patientes j'avais plus de demande en gynécologie qu'en obstétrique donc j'ai pris ce créneau-là et c'est un créneau qui m'intéresse plus donc c'est pour ça que je suis allée là dessus. Et après ce qui m'a poussé à être sage-femme, c'est pas la porte d'entrée la plus glorieuse on va dire, j'ai présenté médecine, j'ai raté médecine, j'ai eu sage-femme, je me suis que ça serait très bien, et j'y suis allée.
- Vous avez fait vos études où?
- A Lyon
- C'était déjà 5 ans à l'époque?
- Oui, je suis la première année ou c'était 5 ans
- Vous vous êtes installée directement dans ce cabinet, ou vous avez fait des remplacements avant?
- Alors pendant que j'étais salariée à la Croix-Rousse, enfin en CDD à la Croix-Rousse je faisais petit remplacement d'une collègue sur ses domiciles de temps à autre, mais c'était très très léger, et après je me suis installée tout de suite.
- C'est à partir de quel moment que ça a basculé vers la gynéco?
- En fait j'ai tout fait pendant assez longtemps, et on va dire de manière très progressive j'ai commencé à arrêter de faire de la rééduc, du tout venant, de la prépa du tout venant, je faisais que mes patientes, et j'ai une collaboratrice qui travaille avec moi maintenant et en fait quand ma collaboratrice est arrivée ça m'a permis justement d'arrêter de faire complètement de l'obstétrique, encore une fois j'en fait un tout petit peu, je fais du suivi de grossesse pour des patientes que je suis depuis longtemps et je fais les échos T1-T2-T3 que suit ma collègue, et ma collègue elle est arrivée en 2021, donc depuis rentrée 2020-début 2021, je sais plus exactement quand mais à partir de ce moment là j'ai arrêté l'obstétrique.
- J'ai vu qu'il y avait aussi des médecins généralistes dans le cabinet, vous travaillez en collaboration ou vous partagez seulement les locaux?
- Là on partage les locaux, les médecins généralistes et moi même on déménage cet été, et on a créé une maison de santé donc je repars sur un exercice individuel, fin j'ai plus une collègue sage-femme avec moi, et pour le coup on va travailler en maison de santé donc en coordination.

- Et donc vous disiez vous faites environ 90% de gynéco c'est ça?
- Oui à peu près, il y a juste les échos de grossesse qui me prennent un petit peu de temps, mais c'est pas majoritaire.
- Et dans votre entourage vous aviez de la famille dans le domaine médical?
- Non, enfin ma maman est auxiliaire puéricultrice en crèche mais voilà, et j'ai ma tante qui est infirmière.
- C'est très général comme question, qu'est-ce que vous diriez qui sont les aspects positifs de votre pratique?
- Euh les aspects positifs c'est plutôt, fin moi j'ai toujours voulu, que ça soit médecine, fin je m'étais dit que si j'avais pas médecine ça serait infirmière, donc que ça soit du soin, le contact humain, c'est-ce qui me plaît le plus, que j'ai trouvé qui était finalement insuffisant à l'hôpital par rapport au libéral parce que je trouve qu'on voyait pas les gens assez souvent, fin sur une trop courte période pour que ça soit intéressant d'un point de vue humain. Donc ça c'est-ce qui était initialement, ce que je trouve le plus cool dans mon métier c'est de soigner les gens, et après finalement depuis que je pratique en libéral, la pratique gynéco, donc tout la partie santé sexuelle de la femme est plutôt un domaine que je trouve très intéressant, j'ai beaucoup d'appétence pour apprendre de nouvelles choses par rapport à tout ça. J'essaie d'avoir une pratique plutôt féministe donc je trouve que mon féminisme, fin c'est une manière d'exercer mon féminisme mon métier, donc ça c'est plutôt chouette. Et en fait c'est en disant ça que je m'en rends compte, je suis remplaçante au planning familial de Villeurbanne en parallèle. Voilà c'est un petit peu mais c'est important.
- Et les aspects négatifs de votre pratique?
- Euh je trouve que... c'est pas qqch que je trouvais négatif à la base mais je trouve que la qualité de travail se dégrade un petit peu, avec une manière de travailler... Moi j'aime bien travailler en complémentarité avec les patientes c'est-à-dire que j'aime bien leur apporter des informations pour qu'on puisse se concerter et malheureusement j'ai l'impression que... le paternalisme de la médecine est en train de se transformer avec de l'ultra pouvoir de la part des patientes et du coup j'ai du mal parfois à pouvoir prendre des décisions qui sont basées sur des faits scientifiques est parce que les patients vont avoir une certaine demande donc moi je le vis comme une forme de .. c'est un peu lourd comme mot mais c'est pas ça hein, comme une forme de violence c'est à dire que je peux pas exercer comme je veux parce que j'ai beaucoup, de plus en plus de personnes qui sont très demandeuses de choses bien précises et finalement on a peu de liberté par rapport à ça.
- Vous avez l'impression d'avoir moins de discussion avec les patientes dans le sens où elles ont plus un avis préconçu, et que c'est vraiment une demande de prescription?
- Voilà, exactement. C'est ça.
- Et ça vous pensez que c'est par rapport du coup à ce que fait la société c'est ça?
- Oui, je pense.
- Et vous avez l'impression que c'est plus ces dernières années?

- Ouais. J'ai l'impression, après alors c'est toujours très facile de mettre ça comme point de... parce qu'on a tous un peu évolué suite à ça mais j'ai vraiment l'impression dès les confinements etc ont créé une sorte de vraie bascule, j'ai l'impression que mon métier est plus difficile depuis les confinements, les restrictions etc avec des patients qui sont plus exigeants. Après c'est vraiment à ce moment-là que ça a basculé est-ce que c'est plus linéaire je sais pas mais depuis 2020-2021 j'ai l'impression que c'est plus difficile.
- Est-ce que au niveau de la formation continue vous avez fait des choses ?
- J'ai un DU de tabaco, j'ai un DU d'acupuncture, mais général pas obstétrical. J'ai un DU donc d'échographie obstétricale et gynéco, et après j'ai fait pas mal de petites formations, c'est très très très divers mais bah du coup je suis formée à l'IVG, je suis formée en santé environnementale... je suis formée à des techniques non pharmacologiques de la ménopause, fin voilà des petites choses que je fais de temps en temps, je suis formée en dermato vulvaire aussi mais ça ce sont des formations très courtes qui sont pas diplômantes du coup.
- Dans votre pratique actuelle dans ce cabinet du coup, quel est le type de patiente que vous avez, plutôt des patientes jeunes, âgées, que vous suivez sur le long cours, de façon plutôt ponctuelle... ?
- Alors j'ai de tout, certes, mais le gros de ma patientèle c'est les 20-30 je pense. Et c'est je pense d'ailleurs pour ça aussi que j'ai fais un virage au niveau gynéco, c'est que j'avais une patientèle très jeune, après ça pour le coup c'est l'histoire de notre maison de santé aussi, c'est que le 7ème est un quartier très très jeune donc on a beaucoup de patients jeunes. Donc ça c'est plutôt constant, c'est-ce que j'ai le plus, et j'ai de plus en plus aussi des femmes plus âgées, soit qui n'ont plus de gynéco parce que le gynéco est parti à la retraite et qu'il est pas remplacé. Donc ça c'est plutôt des femmes autour de 60. Et ça c'est en train de progresser petit à petit, d'où le fait que j'ai cherché aussi à me former un peu sur la ménopause parce que c'est une demande que j'avais pas initialement, et, vous parliez de formation, je suis désolée je fais des retours en arrière *rires* si je suis formée aussi à l'utilisation des pessaires. Et du coup j'ai une patientèle, très peu hein j'en ai, je sais pas, je dois en avoir 3-4 en suivi mais qui donc ont des pessaires, c'est des femmes très âgées, je pense que ma patiente la plus âgée elle doit avoir 90 ans un truc comme ça. Mais ça c'est vraiment à la marge, la grosse partie c'est des 20-30 ans.
- Et du coup des patientes plutôt régulières, ou des patientes qui viennent de façon ponctuelle ?
- Ouais, j'ai beaucoup de patientes régulières je pense et après comme je refuse pas de patientes je peux avoir des patientes ponctuelles, des femmes qui sont de passages, mais j'ai un bon pool je pense de patientes régulières qui viennent une fois dans l'année.
- Et au niveau des catégories socioprofessionnelles, bon du coup 20-30 ans j'imagine que vous avez beaucoup d'étudiantes ?
- J'ai beaucoup d'étudiantes oui.
- Et est-ce que vous avez des patientes CMU aussi?
- Oui, j'en ai, j'en ai pas tant pour le coup, alors que moi c'est pas du tout gênant pour moi, mais encore une fois ça doit venir de la typologie du quartier, fin le 7ème c'est, en tout cas le nord 7ème est un peu plus

aisé financièrement, donc je pense que c'est ça qui joue aussi sur la patientèle, c'est vraiment la localisation.

- Et du coup au niveau des consultations ça se passe comment, c'est sur doctolib que les RDV se prennent?
- Ouais, doctolib, y a un télé-secrétariat si elles veulent appeler, et moi j'ai un numéro de portable pro, si jamais, mais je réponds pas pendant mes consultations donc ça c'est plutôt pour mes patientes qui me connaissent, qui m'envoient un petit message quand elles ont besoin et qu'on essaie de caser en plus sur le planning, mais la grosse partie des RDV est prise sur doctolib?
- Et est-ce que vous faites des télé-consultations, ou est-ce que c'est tout en présentiel?
- Oui, je prévois des télé-consultations, ça se remplit beaucoup moins mais je le vois plus comme un outil qui permet, bon, qui peut aider les patientes si elles veulent pas se déplacer ou si elles ont des petites questions, mais en fait comme j'ai un emploi du temps qui se remplit très vite, je pense que je dois avoir 2 ou 3 semaines de délai d'attentes et je me dis que ça peut permettre notamment sur des consultations de renouvellement tout ça; des patients qui trouvent pas de place qui leur conviennent de trouver un créneau assez vite, parce que pour le coup mes créneaux de télé-consultation se remplissent pas vraiment, fin pour donner un exemple j'en ai ouvert un pour demain après midi, pour l'instant j'ai personne. Je me dis qu'en fait ça me permet, j'aime pas trop le fait d'avoir beaucoup de délai d'attente, je trouve pas ça très agréable pour les patients, ça me permet de me cacher derrière le fait que j'ai des créneaux de libres si jamais vraiment j'ai une demande.
- Et du coup les téléconsultations sont réservées aux patientes que vous connaissez déjà, ou est-ce que vous faites des premières consultations en visio?
- Ça m'arrive de faire des 1ères consult, en théorie on a pas le droit de faire des consultations chez des patientes qu'on ne connaît pas, mais je le fais pour notamment des consultations d'urgence, et vu que je fais des IVG aussi j'ai parfois des demandes de 1ère consultations d'IVG en télé-consultation par exemple.
- D'accord. Et sur des consultations de contraception, si vous faites une 1ère consultation en télé-consultation est-ce que vous re-convoquez la patiente ou est-ce que vous faites parfois des ordonnances sans forcément avoir vu la patiente?
- Ça m'arrive de la faire sans avoir vu la patiente, après ça va dépendre du contexte, ça va dépendre de pas mal de chose, si c'est pour une prescription d'implant j'ai pas besoin de les revoir, fin je les revois forcément à la pose, sauf si c'est pas moi qui le fait. Ou pour le stérilet, bin je leur dis qu'on fera un petit examen avant la pose mais je leur prescris y a pas de soucis, et après sur les pilules c'est parfois un petit peu plus complexe si c'est de l'OP j'aime quand même bien les voir une fois pour prendre une tension, après moi je marque sur l'ordonnance pour que la pharmacie prenne une tension à la première délivrance, mais j'avoue que même en le marquant je sais pas si c'est fait donc euh... donc je leur dis qu'à 6 mois c'est bien de se revoir. Après, je vous ai dit 20-30, j'ai beaucoup de patientes qui sont entre 22, 23, 24, donc y a aussi le côté, y a le frottis à 25 ans qui peut être une bonne porte d'entrée en disant bah on s'est vues en télé-consultations mais c'est bien si dans un an on se voit en présentiel pour faire le frottis, fin voilà

j'essaie des fois de le tourner pour que ça m'arrange aussi et qu'elles y voient un intérêt plus d'examen, pas que de prescription.

- Et pour les temps de consultations vous fonctionnez comment?
- Alors ça c'est l'organisation du planning qui peut être des fois un peu délicate en fonction des créneaux faut pas que ça soit trop des choses différentes au niveau des créneaux, si on à 15 et 20 min ça devient n'importe quoi sur le planning ça fait des trous et tout ça donc moi mes consultations c'est 20 minutes, et y en a certaines que je double à 40 min, c'est le cas pour les échos, la tabac et les IVG. J'avais essayé de faire des choses à 30 et 20 mais ça fait des trous dans le planning donc je m'étais dit 20-40 c'était bon et ça m'arrive d'avoir du retard parce que 20 c'est un petit peu short mais bon.
- Est-ce que vous avez des motifs de consultations dominants?
- Non je pense pas, alors après mes créneaux IVG c'est des créneaux spécifiques donc j'en ai tous les jours qui arrivent mais ça pour le coup ils sont sur des créneaux spécifiques parce que pour le coup comme je vous disais j'ai 15j - 3 semaines d'attente, c'est trop long pour une IVG donc ça ça arrive facilement sur le planning. Et après je pense que mon créneau consultations de suivi gynéco c'est le plus demandé, j'ai un créneau contraception mais j'ai beaucoup de femmes qui utilisent le créneau suivi gynéco pour du tout venant finalement. J'ai créé un motif consultations en santé sexuelle en me disant c'est un peu plus ouvert tout ça, mais ça marche pas du tout. Celui là il est pas très..je le laisse parce que y a de temps en temps une personne qui le prend, notamment pour les bilans IST, ou je vois des fois des hommes trans, donc euh je voulais pas mettre gynécologie pour pas stigmatiser, mais c'est très très très rare qu'il soit utilisé.
- Est-ce que vous posez la question de la contraception même si ça n'est pas le motif de la consultation?
- Oui toujours, dans l'anamnèse je pose toujours la question de la contraception.
- Qu'est-ce que vous diriez qui sont les enjeux d'une patiente qui vient pour une consultation pour une 2ème contraception, ou alors une patiente que vous ne connaissez pas pour un changement de contraception?
- Les enjeux pour elle? Ou pour moi?
- Les enjeux de cette consultation
- Ah oui ok, hum, je sais pas si c'est ça que vous attendez comme réponse vous re-cadrerez si c'est pas ça, c'est un enjeu pour la patiente de se sentir à l'aise avec le dispositif qu'elle va utiliser, que ça soit une pilule, préservatif ou quoi, donc moi mon objectif c'est surtout de pouvoir coller aux attentes des patientes, tout en sachant que comme je fais de l'orthogénie à côté y a quand même ce côté j'ai bien envie qu'elles aient qqch qui soit efficace, en tout cas qu'elles aient une contraception. Après l'efficacité, ça se discute, chacun fait comme il veut. Mais voilà j'ai ce côté-là, et je vois des échecs de contraception, je vois des échecs d'absence de contraception surtout donc y a le petit côté je veux qu'elles soient plutôt en sécurité vis à vis de ça, surtout si elles ont pas de souhait de grossesse.
- Comment se déroule habituellement une consultation de contraception, est-ce que vous avez une trame par exemple?

- Souvent en consultation je demande le motif, si elles viennent pour de la contraception je fais un anamnèse complète initialement comme ça ça m'évite de parler de choses qui sont contre-indiquées, ensuite je leur demande si elles ont déjà un souhait de contraception, et ça c'est-ce que je vous disais tout à l'heure sur le basculement de la volonté des patients, je pense que, avant, j'étais plus sur une présentation globale de ce qu'il y avait, maintenant j'ai beaucoup de patiente qui savent pourquoi elles viennent et finalement, ça m'arrive, je le fais pas tout le temps mais je leur propose de leur présenter les autres méthodes et c'est très rare qu'elles veuillent une présentation globale des autres méthodes donc à ce moment-là on bascule directement sur les explications sur la contraception qu'elles souhaitent, si tant est que c'est pas contre indiqué. Et après en fonction de ce qu'elles souhaitent, examen clinique si y a besoin et prescription
- En fait soit elles viennent sans idée particulière, ou une petit idée mais elles l'énoncent en disant qu'elles ont un petit peu de voir ce qu'il y a d'autres, soit elles viennent en disant moi je vienne pour la pose d'un stérilet, la plupart du temps ça les intéresse pas ou elles ont déjà eu l'information avant. Alors après l'info est peut-être pas complète, mais moi si elles me disent qu'elles veulent pas qu'on en discute bah je laisse tomber, je fais en fonction d'elles vraiment.
- Et une patiente qui est intéressée pour tout savoir de quels types de contraception vous parlez?
- Alors normalement je parle de tout... euh non c'est pas vrai je parle pas exactement de tout. En fait j'ai un tableau, je vais vous montrer. En fait je sors mon tableau, et pour vous détailler vraiment comment je fais, je leur explique qu'il y a 3 types de contraception: non hormonal, et 2 types de contraception hormonale. Je commence toujours par le bas du tableau en disant qu'il y a les préservatifs externes, internes, le diaphragme, je leur montre le diaphragme si je vois qu'elles sont intéressées, si je vois qu'elles ouvrent des grands yeux et que c'est pas la peine je laisse tomber. Qu'on associe aux spermicides. Je leur dis qu'on peut aussi utiliser les méthodes basées sur le cycle, et le retrait mais que ces 2 méthodes sont moins efficaces que les autres méthodes contraceptives. Je leur parle donc du stérilet ensuite au cuivre, je leur dis dispositif intra utérin qu'on appelle aussi stérilet. J'aimerais bien qu'on puisse tous dire dispositif intra-utérin donc c'est pour ça j'essaie de faire passer le message comme ça *rires*. En fonction de ce qu'elle m'a dit, parce que ça après ça dépend, si vraiment elle a aucune idée sur la contraception je suis très très large tout de suite, mais par exemple si c'est une patiente qui me dit qu'elle est intéressée, qu'elle hésite entre le stérilet et la pilule, je vais commencer à donner un petit peu des informations sur le stérilet au cuivre, notamment les effets secondaires. Ensuite je parle de contraception hormonale oestroprogestative si pas de contre indication. Donc je leur dis pilule, patch, anneau. Je leur explique que bin c'est tous les jours, toutes les semaines, tous les mois. Euh 3 semaines pardon. mais que anneau patch pas remboursées par l'assurance maladie. Après je leur dis contraception progestative uniquement et pour le distinguer avec les oestro-prog je leur dis que c'est plutôt des contraception en continu ou on peut ne pas avoir de règles et donc là je leur dis pilule, stérilet hormonal, implant, injectable. En sachant que injection, étant donné que j'en ai fait des prescription je leur dis quand même qu'au départ c'est un pic hormonal donc un peu plus d'effets secondaires au début qu'à la fin. Je l'ai prescrit 3 ou 4 fois et à chaque fois au bout de 3 mois c'était fini. C'est pour ça que j'oriente un petit peu. Je leur dis qu'il est possible aussi d'avoir de la contraception permanente si elles ont pas du tout de projet de grossesse. Et après ça dépend et c'est pour ça que je vous dis que je présente pas tout, en fait j'ai une fiche contraception masculine. Mais si y a pas le mec en consultation, la plupart du temps j'en parle pas. Après comme je l'ai noté là

(annotation « + contraception masculine » en bas de page) je me dis que si le regarde traîne et qu'elles me disent « ah bah y a de la contraception masculine aussi ? », je passe derrière pour présenter ce qu'il y a. Mais ça arrive quasiment jamais.

- Et donc si le couple et là vous en parlez?
- Oui. Donc là je leur dis retrait, on en a parlé, le préservatif, la vasectomie mais donc ça pareil on on a parlé, je leur dis qu'il est possible d'avoir une méthode hormonale même si elle est peu prescrite, il y a une médecin du planning familial qui peut en prescrire à Villeurbanne, et la contraception Tarmac. En leur expliquant que ça c'est pas... je sais pas comment je leur formule d'habitude. Que ça ça fait pas partie des méthodes contraceptives « officielles », que la haute autorité de santé par exemple ne le décrit pas comme une contraception.
- Est-ce qu'il y a des méthodes que vous n'allez pas évoquer face à certaines patientes ou vous parlez vraiment de tout? Par exemple en fonction de l'âge ou...
- Non je parle de tout. Je parle tout le temps de tout, après encore une fois mon discours il est forcément un peu... par exemple voilà une femme de 20 ans je vais pas lui dire la même chose sur la contraception définitive. Souvent je lui en parle parce que comme ça elle l'a entendu, elle sait que ça existe et malgré tout, si je dis pas de bêtises dans les reco normalement il faut présenter tout pour que le choix soit éclairé. A côté de ça, une patiente de 20 ans je vais lui dire bin ça c'est la ligature tubaire c'est si vous voulez pas d'enfants, Alors qu'une femme de 40 ans qui a déjà eu des enfants, qui m'a dit qu'elle en voulait plus du tout bah on va peut être expliquer un petit plus. Parce que j'imagine, ça malheureusement, normalement on doit pas imaginer à la place des gens, mais j'imagine qu'elle sera plus intéressée par mon discours là dessus qu'une femme de 20 ans. Alors après j'ai des patientes hein qui me disent qu'elles veulent pas du tout de grossesse et celles là souvent elles viennent pour qu'on leur en parle. Donc là à ce moment-là c'est différent, on adapte la consultation. Mais voilà, c'est ça que j'adapte, encore une fois l'injectable je suis pas très fan donc je leur en parle mais je leur dis quand même, et en plus avec la mouvance anti-hormone anti effets secondaire bin ça c'est de la bombe, donc je leur dis quand même que y a pas mal d'effets secondaires sur le début, mais encore une fois, je crois que j'en ai prescrit une la semaine dernière. Donc malgré tout il y a des femmes qui sont intéressées. Et pareil, j'adapte mon discours sur les méthodes basées sur le cycle, le retrait, parce que même si c'est des contraceptions, pour le coup c'est moins efficace, et moi j'ai plein d'IVG sur le retrait. Donc je leur dis que c'est possible d'utiliser ça, il vaut mieux utiliser le retrait que rien du tout, mais que si elles veulent être plus sereines au niveau de la contraception il faut plutôt aller sur autre chose.
- Est-ce que vous allez l'impression des fois, même en présentant tout, en dehors de l'histoire de l'âge par rapport à la contraception définitive, est-ce que vous avez l'impression que parfois vous allez insister plus sur par exemple un implant qu'un DIU, ça peut être par rapport à pleins de facteurs différents.
- Alors euh... oui y a des fois où je peux essayer de conseiller certaines choses. C'est à dire qu'une femme qui me dit à l'anamnèse qu'elle a des règles super douloureuses et un flux super abondant, bah quand on va parler du stérilet je vais lui dire que dans ce contexte là ça va peut-être accentuer les choses et que, à **mon** sens c'est peut-être pas la contraception la plus adaptée parce qu'elle risque de la vivre moins bien.

Mais je lui dis que c'est tout à fait possible de le prendre quand même si elle est dans une démarche de contraception non hormonale. Donc sur la partie vraiment purement médicale, les dysménorrhées, les douleurs de règles, je pointe plus des choses qui me semblent plus adaptées, dans un contexte d'enlever certaines douleurs mais je leur dis que si je les présente plus c'est dans ce contexte là, et que si, elles, leurs douleurs elles les gèrent comme ça, on n'a pas besoin d'insister là dessus. Après sur le mode de vie par exemple une patiente qui va être souvent de nuit ou tout ça, ça pour le coup j'essaie de leur dire que c'est un peu comme elles elles le sentent, j'ai des patientes qui me disent mais vous vous en pensez quoi entre l'implant; le stérilet... bah moi je leur dis que je sais pas, que je sais pour moi mais par pour elles et que du coup c'est très dur de se mettre à leur place pour savoir ce qui leur conviendra le mieux. Donc j'essaie de pas trop trop orienter, sauf sur la partie médicale qui est la mienne.

- Oui donc sur tout ce que vous disiez oestroprogestatif par rapport aux CI tout ça
- Et après comme je vous disais sur les douleurs tout ça ou je sais que bah y des choses qui seront plus adaptées, j'oriente, mais parce que je considère que c'est mon domaine de compétences parce que ça reste de l'ordre du médical mais ce qui est hors médical j'essaie de pas trop interagir. Fin je vais donner un conseil une patiente qui me dit j'ai de multiples partenaires mais je veux un stérilet au cuivre bin on va peut être parler du chlamydia, lui dire que malgré tout il est plus intéressant d'utiliser des préservatifs parce que le chlamydiae et le stérilet c'est pas top top, voilà. Mais je vais pas lui dire c'est contre-indiqué. Donc je vais orienter pour essayer de lui dire que c'est bien si elle utilise aussi des préservatifs mais que c'est très bien si elle utilise son stérilet parce qu'elle aura quand même une très bonne protection qui sera faite.
- Est-ce que vous parlez de la contraception d'urgence en systématique?
- Non. J'en parle pas en systématique, euh, et ça pour le coup c'est une erreur je devrais en parler. J'en parle principalement quand je parle des pilules et que je parle des modalités de prise, et donc des oublis.
- Et par exemple une patiente qui utilise des préservatifs, ou le retrait?
- Non, à tort.
- Est-ce qu'il y a une raison, est-ce que c'est une habitude, une façon de faire?
- Je pense que c'est un oubli, tout simplement. Et là puisque vous en parlez je vais essayer d'y penser, c'est effectivement plutôt intéressant d'en parler. Ouais.
- Et, alors d'autant plus que vous faites de l'orthogénie, est-ce que vous évoquez de l'IVG avec certaines patientes, ou pas forcément?
- Non jamais. Je pense pas que j'en parle dans le cadre de la contraception.
- Est-ce que vous faites du coup l'examen clinique sur la 1ère consultation habituellement, ou pas forcément?
- Si c'est une pose de DIU oui, sinon ya pas besoin. Et si c'est une femme de 25 ans je lui demande si on fait frottis, palpation mammaire, même sur une 1ère consult. Sauf si elle ne veut pas.

- Par exemple, une patiente qui vient pour une pilule, si vous lui prescrivez, est-ce que vous faites un examen?
- Si elle est pas dans un cadre de dépistage, que ça soit pour de la palpation mammaire ou pour un frottis, je ne lui en fais pas et je ne lui dis pas de revenir pour ça. Fin je lui prends une tension quoi.
- Qu'est-ce que vous diriez qui pour vous est une consultation idéale, ou vous ressortez de la consultation en vous disant ça c'est la consultation idéale pour moi.
- Au niveau contraceptif ça serait une patiente qui vient, qui veut qu'on lui présente de la contraception, où j'ai la possibilité de pouvoir parler, de présenter tout, qu'elle a des questions parce que moi ça m'intéresse bien de répondre aux questions des patientes plutôt que d'avoir quelqu'un qui sait pas trop en fait ce qu'elle souhaite. Et puis après de faire une prescription pour ce qu'elle veut. Mais voilà et c'est pour ça que je vis moins bien ce changement des patientes qui... fin la décision, elle revient toujours au patient. Mais c'est-ce que je vous disais j'ai l'impression qu'il y a moins de discussion possible et donc bah une bonne consultation c'est une consultation où on a pu échanger, où moi j'ai pu apporter une information. Parce que finalement une consultation de... moi je dis que c'est des consultations un peu de prestataire de service où j'ai une patiente qui me dit bah voilà je veux un stérilet, j'ai tout lu dessus, j'ai pas de questions... je fais une ordonnance, un examen clinique... bon bah voilà j'ai fait mon travail et c'est tant mieux pour elle parce qu'elle a sa prescription de contraception mais c'est pas très amusant.
- Et du coup, ça se rejoint peu, mais qu'est-ce que vous diriez qui est une consultation pénible?
- Oui bah ça va être ça... non c'est même pas forcément pénible en plus, je module mon discours. C'est une consultation peu intéressante, parce que finalement j'ai fait mon anamnèse, j'ai fait ma prescription, j'ai fait mon examen, c'est très scolaire y a pas vraiment de discussion et comme je vous disais au départ moi ce que j'aime c'est le contact humain, pouvoir discuter avec les personnes, si je fais mon ordonnance et que c'est tout, c'est pas très intéressant. Après, du moment que la patiente est pas agressive, honnêtement, c'est pas si pénible que ça. J'ai... ce qui est des fois un petit peu plus pénible mais bah ça elles y sont pour rien, c'est des patientes qui sont vraiment pas à l'aise avec le sujet de la gynécologie où je sens que même moi en essayant d'ouvrir le plus la discussion, pour que ça soit pas un sujet tabou etc, je sens qu'il y a un fossé entre ce que je raconte et ce qu'elles vivent ça c'est plus dur parce que j'ai l'impression de sortir des rames pour essayer d'avance parce que bin voilà... Elles viennent parce qu'il faut et ça c'est difficile parce que il **faut** et pas parce qu'elles ont envie, et donc quand il faut, bin il faut parler de certains sujets mais elles sont pas très enclines à l'entendre.
- C'est une question dont je parle plutôt au début mais que est passée à la trappe, mais est-ce que dans votre parcours vous diriez qu'il ya des éléments de votre histoire professionnelle ou personnelle qui impacte votre façon de travailler? Ça peut être un évènement, des personnes que vous avez rencontrées...
- C'est un plus... alors si ça va être dans certaines choses que me rapportent les patientes sur d'anciennes consultations qu'elles ont eu qui me désolent, et donc du coup j'essaie de travailler au plus possible pour rendre les consultations le plus cool possible. Et puis sur mon parcours j'ai eu soit à l'hôpital soit ici en libéral des moments où ça s'est pas bien passé avec certaines patientes et moi ça me met très mal à l'aise, je m'en veux beaucoup sur certaines choses, et du coup j'essaie de pas reproduire les mêmes erreurs donc

j'essaie de travailler de façon à ce que la relation entre moi et les patientes soit la plus cool possible et que y ait pas de dérapage. Voilà. C'est assez flou mais...

- Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des facteurs qui vont influencer votre attitude face à une patiente?
- L'attitude de la patiente, ça va changer ma manière de faire. Une patiente qui est plutôt détendue, qui est plus... fin que je sens contente d'être là, c'est difficile de dire ça mais... je sens qu'elle est là parce qu'elle a envie de discuter de certaines choses et bin je vais avoir une attitude beaucoup plus ouverte qu'une patiente qui est beaucoup refermée sur elle même, j'essaie une fois d'ouvrir la coquille si ça marche pas je suis moins ouverte on va dire. La discussion est plus carrée. Je sors moins, je suis moins à faire des petites plaisanteries, des choses comme ça. Et si, si je suis fatiguée... *rires*
- Est-ce que vous avez l'impression d'avoir tous les éléments en votre possession pour travailler de façon idéale pour vous, ou est-ce que des fois vous vous retrouvez face à des situations, des questions où vous vous dites qu'il vous manque des choses, que ça soit au niveau de votre formation ou...
- Peut-être sur certaines choses un petit plus poussées, sur des traitements qu'elles ont déjà, qui sont des choses très spécifiques hein, on parle pas de la patiente qui a des migraines, où ça j'arrive à gérer mais ya des femmes des fois elles nous sortent des traitements... et ça savoir si c'est compatible avec la contraception, si c'est suivi sage-femme ou s'il faut que j'adresse, c'est plus complexe. Moi je pense que le plus gros manque, et pourtant on a eu des cours mais c'est pas, je pense que c'est trop à la marge, c'est toute la partie pharmaco, savoir les molécules, quel traitement correspond à quelle molécule tout ça. Ça je me sens souvent un peu en dehors. Donc souvent je note le traitement, et une fois que la patiente est sortie je regarde dans le Vidal etc, mais je peux pas le faire en consultation ça prend trop de temps donc voilà. Mais c'est des choses très très spécifiques, c'est pas si fréquent.
- Est-ce que vous suivez des formations continues, est-ce que vous assistez à des conférences par exemple, est-ce que vous lisez les recommandations qui sortent, de la littérature?
- Oui, je suis abonnée à une revue, je suis adhérente au collège des sage-femmes, fin à une organisation syndicale, donc y a des choses qui sortent par mail, dès qu'il ya des reco intéressantes... fin j'ai pas un suivi moi, je vais pas sur le site de la HAS etc, mais souvent ces organismes informent et dès que ya une nouvelle reco tout ça qui va être donnée par mail je vais la lire. Après j'aime bien participer à des congrès aussi. Je trouve que les congrès, que ça soit congrès de sage-femme, congrès de gynéco: j'aime bien aller aux congrès de gynéco aussi parce que bin, moi ma pratique étant une pratique à 90% en gynécologie, j'aime bien aller aux congrès de sage-femme parce que c'est des collègues et je trouve l'ambiance beaucoup plus agréable mais il y a une grosse partie obstétricale où je me sens beaucoup moins concernée, même si encore une fois j'aime bien être à jour sur tout ça. Parce que je vois aussi des patientes par rapport à ça. Mais donc les congrès de gynéco qui sont un peu plus sur des sujets de contraception et tout ça, j'en fais 3-4 dans l'année en général, avec des organismes différents. Mais ça je trouve que c'est bien parce que ça permet par rapport à une formation spécifique sur un sujet de table assez large, et souvent de parler d'actualités. Et ça c'est pas mal. Y a pas non plus moult choses qui sortent mais ya toujours 1 ou 2 actualités un petit peu brûlantes dans le domaine de la gynéco et l'obstétrique.

- Est-ce qu'il y a des choses que vous souhaiteriez faire différemment dans votre pratique, est-ce que votre pratique actuelle vous convient, est-ce que vous pensez à des choses?
- Ce qui, à mon sens... en fait mes connaissances scientifiques je les gère dans le sens où si je vois que j'ai un défaut de formation sur quelque chose, je vais aller me former, et ça j'arrive bien à le repérer. Par contre, et ça j'ai jamais trouvé qui pouvaient m'aider, j'ai une collègue qui travaille aux urgences mais fin c'est pas au SAMU... fin bon elle fait du SMUR je crois, fin bref, elle est généraliste et elle m'a dit qu'elle avait eu une super formation relationnelle parce que justement ils ont des patients qui appellent dans des situations d'urgence, et moi c'est ça qui me fait défaut j'aimerais bien être un peu plus formée au relationnel, je pense que c'est ça qui va ressortir beaucoup c'est qu'il y a eu des précédents au niveau relationnel, encore une fois c'est à la marge mais ça m'a beaucoup touché et du coup la gestion de patients où c'est un petit plus complexe, ça je sens qu'il y a un manque et j'ai pas trouvé de choses qui pourraient m'aider. J'ai cherché des formations, j'ai cherché la même que ma collègue mais elle n'est donnée qu'aux professionnels du SMUR et pas en externe. Donc voilà. Et ça pour le coup c'est quelque chose dont on ne parle pas vraiment. En tout cas moi à l'école de sage-femme je n'ai pas eu de formation comme ça, et je trouve que c'est dommage parce que c'est important, initialement c'est toujours important. C'est important d'autant plus dans notre société où y a malgré tout un versant où les gens sont plus informés, mais pas forcément de la bonne manière, ils peuvent être informés mais différemment de nous. Mais malgré tout, même si l'information elle est erronée ils pensent l'avoir donc il faut pouvoir prendre un posture de soignant sans être trop incisif avec les gens pour pas qu'ils se sentent mal. Et puis ont a de plus en plus, bin c'est dans l'actualité mais il y a de plus en plus de patients qui peuvent avoir un comportement violent, et moi je pense, moi j'ai un peu le sang chaud et une patiente qui va être agressive j'aurai pas forcément la bonne réaction. Et ça je pense que ça ça va nous manquer, que ça soit en libéral ou à l'hôpital, dans les deux cas. Mais donc plus de formation en relationnel, en gestion des conflits. Et ça c'est plus dur à trouver. Parce que c'est pas marqué... fin si ça doit exister mais c'est pas...
- Pas démocratisé?
- Oui exactement. Vous mettez « formation méno-métrorragies sage-femme », vous allez en trouver en e-learning, en tout pleins de choses. Là ça c'est plus galère. Donc moi c'est ça en fait, je continue à me former autant que je peux sur tout le versant scientifique et tout ça donc ça je pense pas que je sois... forcément j'ai des connaissances qui me manquent mais je pense que j'arrive à l'organiser, mais le relationnel, et pour le coup j'essaie vraiment de faire des consultations avec un maximum d'écoute, centrées sur les personnes. Comme je travaillais au planning familial aussi ça m'aide parce qu'on a plus le temps, je peux réfléchir à ma manière de pratiquer, ça ça m'a beaucoup aidé de travailler au planning familial parce qu'ils ont pas la même manière de penser les choses, d'organiser les consultations, on est pas stressés en terme de temps, on peut avoir du retard, fin bref et du coup ça m'aide à adapter mes consultations ici. Mais malgré tout je sens que le manque il est présent.
- Moi j'ai abordé toutes les choses auxquelles j'avais pensé, maintenant vous si vous avez des choses qui vous paraissent importantes à aborder, concernant votre pratique, la contraception tout ça, des choses auxquelles je n'aurais pas pensé parce que ça n'est pas forcément exhaustif.
- Non je ne crois pas... ça me paraît bien complet.

- Ça marche, merci en tout cas!
- Pas de quoi

E.E.

- Est-ce que tu peux me décrire ton parcours, qu'est ce qui t'a mené à faire ce métier, tes études?
- Mon parcours... du coup je suis pas partie en médecine tout de suite, je remonte à loin, après le bac j'ai fait une prépa agro véto et puis j'ai laissé tombé en cours de route parce que c'était un mode travail un peu trop concours, voilà un peu trop particulier, qui me convenait pas. Du coup je suis partie en médecine avec l'idée de faire médecine à la base, et c'était la dernière année avant la PACES et puis du coup j'avais eu une place en sage-femme et j'avais pas du tout en vie de redoubler et je me suis dit sage-femme pourquoi pas, c'est un métier que je connais pas plus de ça mais j'avoue que je me suis lancée dedans sans trop savoir dans quoi je m'embarquais, le métier de sage-femme je le connaissais pas du tout avant de le pratiquer à mon entrée à l'école mais je me suis dit pourquoi pas, aller j'y vais et du coup j'ai été à l'école de Bourg-en-Bresse. Voilà, donc j'ai fait une première année d'école quand c'était encore avant la réforme des écoles des sage femmes, avant que ça devienne les « Ma » et puis j'ai eu une suspension d'étude pendant un an pour des raisons de santé du coup je me suis retrouvée l'année en dessous donc pendant l'année de la réforme et puis j'ai été diplômée finalement en 2015. J'ai fait 6 ans en hospitalier à Villefranche, où je faisais de la salle d'accouchement, de la grossesse patho, gynéco, chir, c'était surtout ça les prises en charge gyneco c'était les seins, les ventres ect, et puis mater et salle d'acc, et sur la dernière année ou 2 dernières années d'hôpital, je sais plus, j'ai fait des consultations obstétricales et de la prépa à l'hôpital et puis je pense que le COVID a fini de m'achever sur l'ambiance hôpital, mais en soit je suis pas du tout fâchée avec l'hôpital, j'aimais beaucoup le centre hospitalier de Villefranche, c'est là où j'ai accouchée d'ailleurs, j'aimais bien tu vois, mais je pense que j'avais besoin de m'épanouir sur autre chose, j'avais l'impression que je tournais un peu en rond dans ce que je faisais, la grossesse en fait ça me soulait je crois, j'avais besoin de voir autre chose. Et du coup j'ai commencé des rempla en libéral en avril 2021 sur les congés mat de collègues, donc je me suis lancée là dedans, comme j'avais pas pratiqué tout ce qui était contraception, gyneco depuis longtemps j'ai fait pas mal de stages avec les collègues que je remplaçais avant de me lancer dans le cabinet pour voir un peu leur façon de travailler, et puis me remettre un peu à jour des reco. Et c'est comme ça qu'après je me suis mise dans le libéral, et ça me convenait beaucoup mieux et je me suis rendue compte que j'aimais plus finalement la gynécologie que la grossesse presque, mais en tout cas j'avais besoin de + de variété, je pense que si je faisais que de la gyneco je te dirais que ça me saoule la gynéco, j'ai vraiment besoin d'avoir une journée variée où je fais un peu de rééduc, un peu de pèd, un petit peu de gynéco, un petit peu de tout, voilà.
- Et du coup en dehors des stages que tu as fait avec tes collègues avant de t'installer, est ce que tu as fait des formations continues, des choses en parallèle?
- Alors là j'ai demandé 2 fois à faire le DU de gynéco justement et quand j'ai pu me lancer bah je suis tombée enceinte donc ça ne convenait pas... Donc normalement là cette année je devrais pouvoir faire mon DU de gynéco, sinon après je passais pas mal par Formagyn, pour avoir des petits cours. Je sais pas si tu connais cette plateforme, c'est une plateforme de formation en ligne où t'as accès à des powerpoint est qui sont assez bien fait, avec des cas cliniques avec les reco ect, donc voilà je suis passée par là

- Et est-ce que sinon de façon générale au cours de ton parcours tu faisais de la formation continue ?
- Alors attends des formations, attends un peu que je me remette dedans, mon cerveau à fondu vraiment avec la grossesse (*rires*), du coup que je me rappelle de ce que j'ai fait... j'ai fait pas mal de formations, mais j'ai pas fait de formations particulièrement autour de la contraception, alors un peu finalement si parce que j'ai fait une formation autour de l'IVG, euh par des organismes de formation. J'ai fait par Médic Formation les formations principalement, du coup on reparlait pas mal de contraception dans cette formation là finalement, mais après non autour de la contraception j'ai pas refait de formation vu que je pensais faire rapidement mon DU
- Et en dehors de la contraception sur d'autres choses?
- J'ai fait une petite formation en écho de prévention aussi, avec Formécho qui est aussi un truc de formation, je crois que c'est tout... et j'ai fait oui si dermato vulvaire, il semblait que j'avais oublié un truc *rires*. Et puis après à l'hôpital j'avais fait un truc qui a rien à voir, j'avais fait une formation en modelage N'feraïdo, c'est plus une approche un petit peu ostéopathique mais voilà c'est tout. Et après à l'hôpital des fois j'allais aux réunions ect mais ça tournait plus autour des cas de salle d'accouchement
- Est ce que dans ta famille il y a des personnes qui sont dans le domaine médical?
- Alors j'ai une cousine éloignée qui est SF mais je suis pas du tout en contact avec. Et je crois que c'est tout
- Donc l'idée de faire médecine c'était vraiment..?
- Oui je suis vraiment sortie en dehors des sentiers battus, mes parents sont tous les deux dans l'éducation nationale donc ça n'a rien à voir.
- Qu'est ce que tu dirais qui sont les aspects positifs et négatifs de ton métier?
- Alors l'aspect positif c'est que du coup il y a pas mal de variété finalement dans ce qu'on peut faire quand on sort un peu de l'hôpital finalement, l'hôpital tu peux changer de service aussi donc ça amène un petit peu de la variété, mais moi j'aime bien faire pleins de choses en fait, je m'intéresse à beaucoup de choses et j'aime beaucoup aussi le relationnel avec les patientes, je crois que c'est peut être presque ça que je préfère.
- Et les aspects négatifs du coup?
- Et aspects négatifs je suis qqun d'assez anxieux du coup je me mets beaucoup en question, presque trop, je pense que j'ai pas assez confiance en moi et du coup des fois je me prends la tête sur pleins de trucs, donc finalement je suis du genre relire mes dossiers. Voilà c'est plus ça le côté négatif, c'est le petit stress qui peut être un peu chronophage par moments, mais euh ça se soigne *rires*
- Est ce que tu penses à des... ça peut être soit des situations particulières avec des patientes ou des situations au cours de ton parcours qui, tu dirais, ont impact ta façon de travailler?

- Ouais, alors l'année dernière j'ai eu une patiente qui a eu une perforation avec une migration de son DIU et qui a rejeté la faute sur moi, qui m'a traitée d'incompétente, fin voilà ça s'est pas très bien passé, et pourtant j'avais vraiment bien... moi j'explique quand même beaucoup les choses je lui ai clairement informée des risques, c'était bien noté dans le dossier que je l'avais informée du risque de perforation, de migration, d'expulsion etc, et du coup je pense que depuis ce temps là j'explique encore plus, et j'espère que du coup je ne fais pas peur aux patientes à cause de ça, mais vraiment j'insiste encore plus sur ça alors que j'insistais déjà bcp dessus, et du coup j'écris encore plus dans mes dossiers.
- Donc c'est plus le côté traçabilité par rapport à tout ce qui est médico-légal?
- Oui c'est vraiment le côté médico-légal ou j'ai l'impression que je mets encore plus le paquet dessus, j'informe vraiment tout, c'est limite si je leur lis pas la notice aux patientes, non j'essaie de pas non plus y passer 1h à tout lire mais ouais j'insiste bcp là dessus, sur tout ce qui est risque.
- Est ce que tu penses à d'autres choses?
- Non, c'est surtout ça qui m'a marquée, je crois que c'est tout, dans ce que j'ai en tête je crois pas qu'il y ait d'autres choses.
- Et du coup concernant le cabinet, du coup ça fait depuis..?
- Alors ici j'ai remplacé et je me suis installée vraiment dans le cabinet le 10 novembre et j'ai été arrêtée le 6 décembre, j'ai repris que depuis 2 semaines donc c'est quasiment comme si c'était hier presque.
- Et du coup il y a une autre SF c'est ça?
- Oui, il y a une autre SF qui est Emeline, on est colloc finalement dans ce cabinet, on est pas associées ni quoique ce soit, mais on travaille ensemble, on s'entend très très bien.
- Vous avez chacune votre patientèle ?
- Voilà, mais après ça arrive qu'on s'arrange entre nous quand il y a besoin où quand elle est en congés, quand je suis pas dispo on s'arrange.
- Et du coup quel est le type de patientèle que tu as ?
- J'ai des patientes jeunes, beaucoup d'étudiantes finalement vu que je suis vers les facs, c'est vraiment ma patientèle c'est plutôt les jeunes femmes.
- Et au niveau catégorie socio-professionnelle est ce qu'il y a de tout, est ce que tu as des patientes CMU ?
- J'ai pas mal de patientes CMU, mais c'est pas non plus la majorité de mes patientes, je dirais peut être un peu moins d'1/4.
- Et c'est une patiente régulière, que tu suis plutôt au long cours ?

- J'avoue que j'a un peu du mal à te répondre sachant que ça fait pas très longtemps *rires* mais vu que j'ai quand même fait un remplacement ici avant, j'ai quand même des patients qui sont pas mal revenus me voir. Donc on peut dire que ça commence à être du long cours, enfin j'ai l'impression, il y en a ça fait déjà la 2ème fois, enfin, pour leur suivi annuel je les ai déjà suivies 2 fois tu vois par exemple, et j'ai 2 patientes que j'avais suivies sur un autre rempla et qui m'ont suivie ici. Du coup quand j'ai commencé en 2021, il y en a je les vois pour leur 2ème grossesse là maintenant. Donc je pense qu'il y a un peu de long cours mais voilà, ça reste assez récent.
- Et est-ce que les RDV c'est tout en présentiel, ou est-ce que tu fais des RDV en téléconsultations ?
- Alors je fais de la téléconsultation, là j'avais arrêté mais je pense que je vais reprendre parce que c'est quand même pratique. Mais c'est vrai que finalement avec la téléconsultation il y a quand même pas mal de fois où je me rends compte qu'il faut que je les voie en vrai, tu vois ne serait-ce que pour prendre une tension pour un renouvellement d'ordonnance d'OP, bin je suis obligée de les faire revenir donc je me dis des fois c'est pas toujours adapté, mais bon ça peut leur faire gagner du temps quand elles ont par exemple besoin d'une plaquette de dépannage. Donc c'est pour ça que je vais quand même reprendre la téléconsultation.
- Du coup c'est plus pour des renouvellement d'ordonnance, est ce qu'une patiente qui vient pour une première fois c'est forcément au cabinet où ça peut être en téléconsultation ?
- Non j'en ai qui viennent en téléconsultation et puis après je leur dis bah là ça serait intéressant qu'on se voit en présentiel, mais si c'est une patiente que j'ai pas besoin de voir, par exemple pour un résultat de PV bah je l'ai déjà examinée c'est bon du coup on peut faire en téléconsultation, ou une orientation colpo sur une résultat de frottis, du coup c'est vrai que c'est quand même un outil pratique.
- Et au niveau de ta pratique, tu me disais que tu avais une grosse part de gynéco, est ce que tu arriverais à me dire en pourcentage ?
- J'en fait quand même vraiment beaucoup plus que de la grossesse, je dirais que c'est bien 2/3 1/3 facilement, 2/3 de gynéco et 1/3 de grossesse, rééduc et du reste quoi
- Est-ce que tu fais du domicile aussi ?
- Oui je fais du domicile oui, tout à fait, des monitos et puis du post nat, et parfois je fais de la prépa à domicile, quand j'ai des patientes que je vois en monito, les MAP et tout je les fais là-bas sur place les cours de prépa.
- Au niveau des temps de consultation ça se passe comment ?
- Alors les patientes que je connais pas je me laisse 30min et celles déjà suivies je me laisse 20 min, parce que ça va plus vite il y a pas tout le dossier à faire, tout l'interrogatoire à faire donc en général c'est suffisant. Avant j'avais un item « consultation contraception » en plus sur doctolib et en fait les patientes l'utilisent jamais, je sais pas pourquoi *rires* elles prennent suivi gynéco, je sais pas peut être que j'ai mal bidouillé mon doctolib mais j'en ai très rarement, donc je ne sais pas. Et après j'ai des items pose d'implant, retrait d'implant, donc retrait d'implant je me prends 35min, une pose 15 min si c'est une dame que j'ai déjà vue avant, alors

des fois je me fais avoir elles prennent « pose d'implant » alors qu'elles ont encore leur implant, du coup bin le temps que je fasse la consultation bah je les re-convoque. Retrait de DIU c'est 20min, et pose de DIU je crois c'est 30min. J'essaie d'avoir les créneaux un petit peu adaptés.

- Et au niveau des motifs de consultations est ce que t'as l'impression qu'il y a vraiment un motif de consultation dominant, que tu retrouves le plus souvent ?
- J'ai quand même beaucoup de contraception, comme je pense que c'est une patientèle très jeune, c'est quand même beaucoup de jeunes femmes qui viennent pour un échange contraception, c'est très fréquent, je crois que c'est ce que j'ai le plus. Et après j'ai des jeunes femmes qui viennent aussi me voir en me disant bah voilà je viens faire mon 1er frottis alors qu'elles ont 20 ans, elles savent pas, du coup je leur explique, et souvent on finit par quand même parler contraception *rises*, ça arrive très facilement sur le tapis et comme je fais de l'IVG aussi bah j'en parle souvent de contraception aussi, et j'en parle à chaque IVG aussi.
- Est-ce que tu poses la question de la contraception aussi du coup même si c'est une consultation qui n'est pas pour ça ?
- Ouais systématiquement ça fait partie de mon interrogatoire
- Qu'est-ce que tu dirais qui sont les enjeux d'une patiente qui vient pour une première contraception ?
- Ouais c'est une très bonne question.. déjà qu'elle comprenne quel est l'intérêt de la contraception, fin pourquoi elle en veut: est-ce que c'est une contraception parce qu'elle a des boutons et elle veut plus de boutons, fin est ce que c'est vraiment une contraception dont elle a besoin ou c'est quelques chose qui passe par la contraception, tu vois par exemple ça peut être pour des règles douloureuses ce genre de chose. Et euh pour moi l'enjeu ça va vraiment être l'observance et que la patiente se sente bien avec sa contraception, donc j'essaie de viser juste on va dire, j'essaie vraiment d'avoir un interrogatoire pour me dire que j'essaie de ne pas la dégouter de la contraception dès la 1ère pilule, voilà c'est vraiment le fait de me dire est ce qu'elle va garder cette contraception, est ce qu'elle se sentira bien avec. Donc je sais pas si je réponds à ta question *rises*
- Si si ! Et est-ce que tu as un déroulé type de consultations contraception, est ce que quand tu vois une patiente pour une première contraception ou un changement de contraception, est ce que tu as une trame ?
- Alors j'essaie de passer un peu par la méthode BERCER que tout le monde connaît, après j'ai peut-être un peu ma petite touche à moi, voilà déjà je leur demande ce qu'elles connaissent comme contraception, ce qu'elles ont déjà utilisé si elles en ont déjà eu une, qu'est ce qui leur convient, qu'est ce qui ne leur convient pas, et quelle serait leur contraception idéale. Finalement je leur demande un petit peu ça « selon vous qu'est ce que vous imagineriez qui conviendrait », et quand elles me disent « bah je sais pas du tout », je leur explique un petit peu tout ce qui existe, en fonction de l'efficacité. Tu sais j'utilise une petite fiche, je pense que je ne l'ai pas ici *cherche*, il y a un petit tableau qui existe où il y a les méthodes hormonales, les méthodes barrières, c'est pas mal comme support. C'est vraiment un tableau où tu as toutes les méthodes barrières, puis les pilules, etc, j'utilise ça pour montrer ce qui existe, en leur

expliquant à chaque fois comment fonctionne cette contraception, son efficacité, et l'abandon: cette contraception elle est facilement abandonnée par ce qu'elle fait plus d'effets secondaires et les personnes s'en plaignent plus facilement, voilà j'explique un petit peu ça quand elles viennent parce que vraiment elles savent pas du tout ce qu'elles veulent. Et puis les patientes qui viennent en disant « bah voilà j'aimerais un stérilet » et bah je leur explique le stérilet et je vois si jamais elles me font des gros yeux en se disant ouah qu'est-ce que c'est ce que ce truc finalement je leur dis est ce que c'est vraiment ce que vous voulez, et est-ce que sinon vous voulez qu'on parle d'autre chose ?

- D'accord, et une patiente qui vient pour une pilule ou un stérilet par exemple de façon certaine, vous ne parlerez pas forcément des autres contraceptions ?
- Je leur pose toujours la question, je vais pas partir dans le détail si elles me disent non non c'est celle que je veux, je leur demande toujours « est ce que vous voulez que je vous explique un petit peu ce qui existe d'autre que la pilule ou autre que le stérilet », et après voilà en fonction de ce qu'elles me répondent j'adapte, enfin j'essaie.
- Quand tu me dis que tu abordes « tout ce qui existe », est ce que tu parles par exemple de la cape, l'anneau, les spermicides ?
- J'avoue que celle qui passe souvent un peu à la trappe et sans doute à tort c'est les injectables, parce qu'en fait j'ai pas du tout l'habitude de cette contraception, et comme je pense que je ne suis pas à l'aise avec, finalement je m'étends pas trop dessus, je la cite parce que bah je le dis on sait jamais, peut être que la dame va se faire « waouh ça c'est trop pour moi », mais j'ai jamais eu le cas mais je pense que si une patiente me parle de ça je pense que j'hésiterais pas à lui dire « c'est pas celle que j'ai l'habitude de prescrire et je pense que je lui proposerai de me renseigner d'avantage pour elle. J'aime bien avoir conscience de mes limites et j'aime bien être transparente là-dessus avec les patientes.
- Et sinon tu abordes tout, le patch l'anneau...
- Oui j'avoue que vu que quand je présente la fiche il y a tout dessus, finalement bah je passe un petit peu tout en revue, alors après tant que la dame elle ne s'arrête pas sur un truc je ne rentre pas dans le détail, je ne vais pas expliquer tous les effets secondaires de toutes les contraceptions et etc, voilà je leur dis ce qui existe, et après ce sur quoi elles s'arrêtent là je rentre dans le détail.
- Et du coup le fait de présenter toutes les contraceptions c'est quel que soit l'âge de la patiente ou est-ce qu'en fonction de la patiente tu vas plutôt insister sur un type de contraception qu'un autre ?
- J'avoue que j'aime bien laisser vraiment le choix donc je ne pousse pas à utiliser plus ça ou plus ça, euh, après c'est vrai que les patientes qui euh... ça m'est déjà arrivé tu vois par exemple une patiente qui veut tout de suite se lancer dans un implant ou dans un DIU hormonal comme c'est des contraceptions un petit peu au long cours je leur pose toujours la question est ce que vous voulez un petit peu voir comment ça se passe déjà votre corps sous hormones, par exemple est ce qu'on fait une pilule juste pour voir parce que c'est plus facile à arrêter qu'un retrait de stérilet ou un retrait d'implant, encore stérilet c'est pas trop compliqué mais la pose est quand

même un peu plus conséquente donc je leur pose toujours la question, je leur ouvre la porte là-dessus. Et puis si elles me disent « ah non non vraiment je veux pas », bon bah y a pas de soucis, mais c'est vrai que nous on a tendance à proposer plutôt des pilules en première intention, donc je pense que celle dont je parle en premier, peut-être dans cet ordre-là, plutôt je vais parler de ça en premier parce que c'est vraiment la contraception de première intention mais si la dame me dit « je veux pas d'une pilule je sais que je la prendrai pas » y a aucun de soucis, je vais pas avoir peur de poser un implant à une dame qui a jamais utilisé de contraception si c'est ce qu'elle veut.

- Et les stérilets, sur des patientes qui n'ont jamais eu d'enfants, patientes jeunes, est ce que tu...
- Oui, ça j'en ai déjà fait, aussi si la dame elle le veut je fais ce qu'elle veut en l'ayant bien informée bien entendu avant *rires*
- Du risque d'expulsion et de perforation *rires*
- Voilà exactement *rires*, exactement c'est vrai que c'est j'ai pas de patientes mineures en fait, donc je sais pas si une patiente de 15 ans qui arrive qui veut un stérilet, je sais pas comment je réagis, mais je vois pas pourquoi je refuserais, y a pas de contre-indications... du coup ouais j'avoue que j'ai pas encore eu la situation donc peut être que je te dis n'importe quoi
- Après même pas mineure, même sur une patiente de 19-20 ans
- Oui, les jeunes femmes qui veulent des DIU qui sont bonnes candidates au DIU, bah ouais j'y vais et puis ça se passe bien. J'ai rarement eu, j'ai pas souvenir d'avoir eu le cas où je... même des fois au début j'avais vraiment pas l'habitude et je me disais dis donc elle est motivée la dame de se lancer tout de suite dans un stérilet alors que bah elle a jamais essayé autre chose et euh le stérilet c'est pas la contraception la plus easy pour commencer entre guillemet, et en fait j'ai toujours eu des bons retours, alors je me dis peut être que je me dis qu'un jour je me prendrai un mur et je me dirai bah non peut être que je ferais autrement, mais pour l'instant ça fonctionne bien comme ça, donc j'avoue que je me dit, comme je te disais vu que j'ai envie qu'elle se sente bien avec sa contraception, même si c'est un peu pas ce à quoi on s'attend, on s'attend toujours à ce que la dame elle demande en 1er une pilule, bah je me dis si elle elle veut ça bah elle a le droit, fin, tant que y a pas de contre-indications, que je la sens bien là-dedans, qu'elle est bien informée, et puis pour l'instant ça marche plutôt bien en général j'ai l'impression.
- Est-ce que tu fais un examen clinique systématiquement sur une première consultation ?
- Non, en général j'aime pas les examiner dès qu'elles arrivent, surtout que souvent en général c'est là première fois qu'elles viennent faire un examen gynéco, fin une consultation gynéco, j'aime pas trop leur sauter dessus, sauf si ça la rassure, si c'est une demande de la dame, parce que ça m'est déjà arrivé une dame qui n'avait jamais été examinée, « j'aimerais bien voir ce que c'est un examen gynéco » donc je lui ai expliqué et elle m'a dit « j'aimerais bien que vous me le fassiez, ça me rassurerait » bon dans ces cas-là je le fais mais sinon je propose toujours qu'on fasse un examen sur un deuxième RDV.
- Et tu fais quand même un examen clinique général ?

- Oui en général j'aime quand même bien les peser et une prise de tension, je fais pas de TV systématique si y a pas de pose de stérilet, même pour un implant je vais pas faire un TV, mais voilà pour avoir un peu une base de départ, j'aime bien, ça permet d'avoir pour commencer un examen monter sur la balance et une tension c'est pas trop invasif, je me dis ça met peut être un peu plus en confiance peut être. Peut-être que je me trompe.
- Est-ce que tu parles de la contraception d'urgence en systématique ?
- Ouais, je leur explique toujours du coup, surtout celles qui commencent par une contraception bah sous pilule ou contraception barrière, tout ce qui est implant j'en parle moins, j'ai moins l'occasion, je leur dit que le DIU au cuivre ça peut aussi faire office de contraception d'urgence et que c'est plus efficace que le pilule du lendemain, parce que la pilule du lendemain c'est un peu l'arnaque comme je leur dis c'est que ça fait que retarder l'ovulation, donc si vous avez déjà ovulé, bah en fait c'est comme si vous preniez rien. Donc ouais j'essaie de leur en parler, je leur propose qu'elle soit prescrite en dessous de leur pilule quand je leur fais l'ordonnance, j'ai une ordonnance type si tu veux où il y a l'ordonnance de pilule, j'aime bien mettre sur l'ordonnance la conduite à tenir en cas d'oubli et en cas de diarrhée et vomissement, et en dessous je leur dis est ce que vous voulez que je vous laisse la contraception d'urgence Norvelo, si jamais y a besoin, c'est elles qui me disent oui ou non. Je leur dis de toute façon vous avez le droit de la prendre sans ordonnance aussi mais, comme ça ça peut faire aussi pense bête. Ça les rassure.
- Et est-ce que tu abordes l'IVG en systématique ?
- Non j'avoue que ça par contre j'en parle pas. J'en parle pas... Non j'avoue que je vois pas comment est-ce que je pourrais amener le sujet, c'est une bonne question. Parce qu'en plus je fais de l'IVG, donc bon, en consultation IVG forcément oui *rires*, je pourrais quand je fais une consultation de contraception, alors sauf si la dame au final elle part en disant bah finalement je veux rien, je leur dis bah posez-vous quand même la question de qu'est ce qui se passe si jamais vous tombez enceinte. C'est plutôt cette ouverture là que je vais avoir, je vais pas leur parler d'IVG de but en blanc mais plutôt bin posez-vous vraiment la question qu'est ce qui se passerait si vous tombez enceinte, c'est plus ça.
- Du coup en dehors de la fiche dont tu me parlais, est-ce-que tu as d'autres outils ?
- Des fois je fais des petits schémas, des petits dessins et puis j'ai la petite maquette avec le petit utérus pour montrer une pose de stérilet, je leur montre aussi ce que c'est un spéculum pour celles qui connaissant pas, le petit hystéro(mètre), voilà, des petites choses comme ça, un petit implant avec l'outil de pose, voilà.
- Qu'est-ce que tu dirais qui serait pour toi une patiente idéale, une consultation idéale. Une consultation où tu te diras ça pour moi c'est vraiment la situation idéale
- J'en ai aucune idée, tu me prends au dépourvu
- Il n'y a pas de mauvaise réponse !
- Une première, pas une dame qui viendrait en suivi ? Juste elle vient, elle me demande une contraception ? Euh, je sais pas.

- Ou une consultation idéale tu vois, idéalement une consultation ça se déroulerait de cette façon
- Bin je dirais qu'au moins une patiente qui ressort en ayant bien compris pourquoi elle a choisi cette contraception et comment fonctionne cette contraception et qu'elle se dise aussi qu'elle a le droit à l'erreur, que bah si ça marche pas on pourra essayer autre chose et qu'elle est pas obligée de se mettre la rate au court-bouillon pour prendre absolument cette pilule, et que par contre si elle veut arrêter sa pilule il faut que ça se fasse aussi dans de bonnes conditions. Moi je leur dis toujours si par contre ça ne vous convient pas vous revenez me voir avant d'arrêter compléter complètement votre pilule ou au moins vous me téléphonez que ça ne vous mette pas en danger sur un risque de grossesse. Si la patiente elle a bien compris ça je me dis bon c'est déjà pas mal, c'est déjà beaucoup même, je parle beaucoup donc des fois je leur dis il y a bcp d'informations n'hésitez pas si vous voulez qqch des plus concis parce que oui je parle pas mal. Après ça dépend aussi de ce que connaît déjà la patiente est parce que y en a qui au final savent déjà pleins de choses, par internet hein, ou les copines.
- Et qu'est-ce que tu dirais au contraire, ça peut être des situations qui sont déjà arrivées ou dans ton idée, des situations que tu considérerais comme pénibles ?
- Alors je dirais pas que c'est pénible, mais des fois je me sens démunie face à des patientes qui ont déjà essayé pleins de trucs et qui arrivent pas à trouver qqch qui leur aille, y a toujours des effets secondaires, des effets indésirables qu'elles ressentent et qui font que bin des fois j'ai l'impression qu'elles sortent de mon cabinet en disant bah tant pis ça sera préservatif et puis voilà, et la je me dis merde... Mais bon après y en a qui font des choix par défaut, et on sait que ça existe hein mais c'est vraiment que des fois je me dis je suis désolée de pas leur apporter une solution qui leur convienne mais bon des fois je pense que y a certains cas où ça existe pas vraiment.
- Est-ce que selon ton expérience y a des facteurs qui feraient que tu aurais une attitude différente face à une patiente ?
- Là où c'est plus compliqué c'est les barrières de langues, je sais pas si c'est à ça que tu pensais, en plus je suis pas très très forte en anglais, heureusement ma collègue est très forte en anglais donc des fois ça dépanne, mais ouais face aux barrières de langue des fois j'ai toujours un peu d'inquiétude de me dire mince est ce qu'elle a pas dit oui pour me faire plaisir quand je lui ai expliqué comment fonctionne sa contraception et ce à quoi elle devait s'attendre, ou pas s'attendre d'ailleurs. Et ouais c'est un petit peu ce qui peut être compliqué, alors dans ces cas-là j'essaie vraiment de cibler le principal mais du coup je suis un peu moins exhaustive sur les explications parce que j'arrive pas à m'exprimer pour je pense, mais j'essaie quand même ! Peut-être avec plus de dessins ou ce genre de choses. Après j'ai jamais été en consultations ou on se comprenait vraiment pas, on arrive quand même toujours à peu près à comprendre des petits mots clés, par exemple l'arrêt des règles, et on arrive toujours un petit peu à l'expliquer sur les contraceptions microprogestatives par exemple, que ça peut arriver, qu'il y peut y avoir des saignements entre les règles, voilà j'essaie d'avoir les situations principales qu'elle peut rencontrer pour que la dame soit pas complètement perdue, mais du coup voilà je leur dis ma porte est ouvert si jamais vous avez encore des questions, vous me rappelez ou vous revenez.

- Est ce qu'il y d'autres facteurs qui vont te faire plus insister sur une contraception ou plus une autre ? Ou tu te dis que... « Ah elle elle irait bien avec ça et elle elle irait plus avec telle contraception » ?
- Bin ça peut m'arriver que parfois y ait des patientes, tu vois par exemple qui veulent passer au DIU mais quand j'explore un petit peu leur sexualité je me rends compte qu'elles ont quand même pas mal de comportements à risque, du coup là je vais leur dire bin vu ce que vous me dites je pense pas que ça soit la contraception idéale pour vous si vous continuez d'avoir ce comportement-là, euh je vais leur dire là ça va peut-être vous mettre en danger quelque part. Ou pas exemple une dame qui fume qui veut garder une prescription en OP je vais remettre un petit peu en cause, je vais les bah là y a quand même un risque si on va sur cette voie-là, moi je serais d'avis, je ne peux que vous recommander des changer de contraception. Donc voilà des fois je vais aiguiller sur facteurs de risques plutôt. Mais après pas trop sur profil type de patiente, bon peut être la patiente qui arrive qui me dit qu'elle a un vaginisme et qui veut un stérilet je vais dire ouh là *rires* on va peut-être déjà traiter le vaginisme et après si tout va bien si vous avez toujours envie bah oui pas de soucis, mais voilà, peut être plutôt cette exception là et ouais plutôt sur facteur de risque.
- Donc plutôt sur des éléments médicaux ?
- Plutôt sur des éléments médicaux et puis oui les patientes aussi, j'y repense aussi sur une dame qui a une vie un peu compliquée, qui est un peu à 200 à l'heure et qui veut partir sur Microval, je vais peut-être lui dire peut être essayez autre chose pour que justement vous vous mettiez pas en difficulté avec qqch qui vous pose un soucis d'observance du fait de votre rythme de vie, ça peut être aussi qqch comme ça, si la dame elle a 6 enfants en bas âge, prendre sa pilule sans délai d'oubli de 3h... sauf si elle m'assure en me disant non mais ça je suis sûre que je suis hyper régulière, voilà pas de soucis dans ce cas je repose toujours la question quand on se revoit mais voilà, ouais ça peut être aussi effectivement qqch ou je vais réorienter sur une autre contraception.
- Est-ce tu as l'impression d'avoir tous les éléments en ta possession pour exercer de façon idéale pour toi, ou est-ce que parfois tu as des situations où tu as l'impression qui te manquent des éléments, par exemple de formation ?
- Je pense que ouais le DU il y aura peut-être des choses où je pourrai réadapter, je sais pas je me dis est ce que tout ce que je dis c'est pertinent, moi ça me paraît l'être mais peut être que ça l'est pas, donc oui peut être que le DIU de gynéco il pourrait être pas mal là-dessus aussi. Et ce que je trouve elle plus difficile finalement c'est pour les patientes qui veulent, tu sais c'est tous les effets secondaires de tous les climats hormonaux, des fois je pense que je suis un peu limite là-dessus, tu sais climat mixte, climat œstrogénostatif, des fois je pense que je dis encore des choses qui sont pas complètement adaptées, alors j'essaie *rires*. Je me renseigne, je regarde sur formagyn, sur des sources, mais ouais je pense que y a des fois c'est... Je pense que je suis pas complètement à l'aise là-dessus.
- Tu as l'impression qu'avec la formation que tu as eu initiale de sage-femme et les remplacements que tu as fait que tu es plutôt à l'aise face aux questions, situations.

- Pour l'instant j'ai l'impression que c'est pas trop mal, après je pense que ça pourrait être mieux. On est pas à 10/10.
- Est-ce que tu lis les nouvelles recommandations, les publications, les choses comme ça ?
- J'essaie, fin du coup on a un outil très utile qui est whatsapp *rires*, et du coup le petit réseau de SF qu'on est on se partage des infos, on échange sur les recommandations, du coup je passe pas mal par ce biais-là, et c'est surtout quand je vois qu'il y a un nouveau truc qui apparaît je vais me jeter dessus pour regarder ce qu'il en est. Mais voilà je passe pas mal aussi pas les collègues du coup sur whatsapp, tu vois j'ai gardé un petit peu l'oeil dessus pendant mon congé mat pour être sûre que je loupais pas une grosse info pour quand je revenais par exemple.
- Est-ce que y a des choses en réfléchissant ou dans ta pratique tu te dis que tu aimerais faire différemment ?
- Non, je pense que... J'aimerais trouver une façon d'être plus détendue. Comme je te dis je suis une grande anxieuse du coup, bon peut être pas après chaque consultation mais je suis toujours en train de me dire mince est ce que j'ai bien dit tout ce qu'il fallait et comme il faut. Du coup voilà il faudrait que j'ai le moyen de faire une consultation parfaite si tu veux, je sais pas si ça existe mais dans tous les cas je suis toujours dans l'idée d'améliorer les choses et je me dit que c'est quelque chose qui me tient à cœur.
- J'ai abordé toutes les choses auxquelles j'avais pensé, est ce que tu penses des choses sur ta pratique, sur les consultations de contraception qui te semblent importantes à dire ?
- Je pense qu'on parle jamais assez de contraception dans tous les cas, après dans les questions que tu m'as posées, ta trame je la trouve plutôt complète, après je pense que c'est peut-être plus des choses que tu verras en assistant aux consultations, savoir quels mots utiliser avec les patientes ect, on dit pas peut être le même mot avec une dame qui a 35 ans qu'avec une petite jeune qui a 18 ans, pour les mettre en confiance et les mettre à l'aise les patientes je pense que je m'adresse pas tout à fait de la même façon aux différentes femmes, j'essaie de mettre un petit peu... peut être de coller une image qui les mette en confiance. Donc si la dame a besoin de quelqu'un qui soit vraiment... qui ait l'air très... j'allais dire très professionnelle mais c'est à moitié ça à moitié pas ça, j'essaie d'être professionnelle quoique qu'il arrive, mais quelqu'un qui soit très dans le professionnel et pas trop dans... le but c'est pas que je fasse... je sais pas trop comment expliquer ça. Tu vois les patientes jeunes j'essaie d'utiliser des références ou d'avoir une attitude qui vont les mettre en confiance, pas comme une copine tu vois, mais...
- Une relation plus proximale ?
- Oui peut être voilà, je vais plus facilement me mettre à côté d'elles, alors que des patientes qui ont plus de bouteille, tu vois une dame qui a 45 ans je vais peut-être pas rigoler avec elle pendant la consultation comme avec une patiente de 18-20 ans. Je ne sais pas comment l'expliquer mais ouais une attitude un petit peu différente en tout cas, peut être un petit peu plus réservée avec certaines et un petit plus chaleureuse avec d'autres. Enfin j'essaie d'être chaleureuse quoiqu'il arrive, parce que j'essaie de pas avoir l'air d'un glaçon derrière un bureau, et puis d'ailleurs j'essaie pas toujours d'être derrière mon bureau, souvent j'essaie de me mettre plutôt à côté d'elles quand je sens que c'est le bon moment. Surtout quand je leur

explique parce que bon lire à l'envers sur la plaquette c'est pas simple *rires* du coup je me mets assez facilement à côté d'elles.

- Et bien merci beaucoup !
- Je t'en prie

Dr F.

- Est-ce que tu peux commencer par me présenter ton parcours, tes études, pourquoi est-ce que tu es médecin aujourd'hui ?

- Du coup, j'ai commencé mes études plutôt en région parisienne parce que j'habitais là-bas et donc j'étais à la faculté Paris Ouest, Saint-Quentin-en-Yvelines, ça a changé de nom plein de fois. Bref, et après c'est pour l'internat que je suis venu sur Lyon. Puis du coup bah après j'ai choisi assez vite de faire médecine générale. Mais au départ, j'ai fait médecine par hasard. J'avais pas du tout envisagé les études médicales, j'avais plutôt une mauvaise image même de la médecine. Enfin, personne n'était médecin dans ma famille et pour moi c'était vraiment genre la salle d'attente de mon médecin traitant qui a été toujours pleine de monde, tout le monde malade, des journaux qui sont vieux et utilisés par tout le monde. Et donc voilà, j'aimais pas trop en fait. Et en fait à ce moment-là j'avais une amie dont la sœur était en première année, et un jour je rencontre sa sœur et elle me parle un peu de ses cours, de ce qu'elle apprend et en fait, j'ai trouvé ça passionnant. Et donc j'ai commencé à m'y intéresser. Elle m'a proposé un jour d'aller en amphithéâtre avec elle et de voir comment se passaient les cours. J'ai trouvé ça encore mieux et je me suis dit, bon bah en fait, si je vais essayer. Et en fait, ça m'a vachement plu. Et donc je me suis lancé un peu comme ça et après plus j'avancais et plus je me suis rendu compte que j'étais content de ma décision. Mais je pense que c'est vraiment à la 8ème année, donc au milieu de mon internat, quand j'ai fait mon stage de médecine générale justement que je me suis dit Ah oui là c'est vraiment ce que je recherchais.

- Ok donc vraiment la coïncidence quoi ! Et donc tu m'as dit que tu as fait au début l'externat, tout ça sur Paris, et après internat sur Lyon et du coup ça fait combien de temps que tu es diplômé ?

- 2 ou 3 ans, je sais plus. Pas très longtemps.

- Et du coup, en sortant du diplôme, tu as commencé à bosser directement ici, où est-ce que tu as bossé à d'autres endroits ?

- J'ai fait pleins de remplacements, j'ai pas mal bougé en Ardèche, en Drôme, en Haute Savoie et j'ai fait un moment aussi 4 mois en Nouvelle Calédonie, c'était un de mes objectifs après l'internat de me dire, j'en profite pour faire un remplacement ailleurs. Et là je suis depuis mars, donc un peu moins d'un an. Voilà et pareil, je suis arrivé ici par hasard. Mais oui, au début j'ai fait que du remplacement ponctuel.

- Et du coup-là c'est quoi exactement, c'est une maison de santé ?

- C'est un centre de santé. Le principe, c'est un peu le fonctionnement d'une maison de santé, mais en version salariée, c'est-à-dire qu'on a un service administratif et donc on est vraiment salarié du centre. Donc on n'est pas du tout propriétaire des locaux, des bâtiments, tout ça.

- Et il y a d'autres médecins, il y a d'autres types de professions ?

- Bah sur notre étage, du coup on est vraiment le Centre Care Santé, on est 5 généralistes, enfin 4 généralistes et un médecin du sport. On a une cardiologue, une sage-femme échographiste, une psychiatre et une dermatologue.

- Ok et vous travaillez enfin, c'est en mode vous partager les locaux et mais vous êtes assez indépendant dans votre pratique ? Vous avez quand même des temps d'échange, des projets un peu en commun ?

- Les 2, c'est-à-dire que chacun peut exercer comme il veut, et à côté on essaie de bosser ensemble aussi, soit sur des projets, soit par exemple la dermatologue peut pas prendre de nouveaux patients mais elle nous donne des avis dès qu'on a une question sur un patient. Et ça arrive fréquemment que même parfois c'est elle qui nous demande de voir un patient et pendant la consultation, elle vient en même temps et puis on fait un peu en même temps
quoi.

- Oui, donc il y a quand même une part de travail en collaboration aussi. Ok, et qu'est-ce que tu dirais qui sont les aspects positifs et négatifs de ton métier ?

- Aspect positif... je fais un peu dans le désordre j'ai pas d'ordre précis mais... moi j'aime beaucoup le fait que déjà intellectuellement je trouve ça hyper stimulant. Parce que bah chaque patient arrive avec des problèmes et une histoire, et donc il y a toujours des choses nouvelles ou des choses surprenantes. On est toujours surpris je trouve. J'aime beaucoup le fait que ce soit une discipline scientifique aussi parce que bah, j'ai toujours aimé les sciences. Mais j'aime bien aussi le côté très humain où ben on peut pas faire juste une application bête et méchante de ce qu'on lit dans les livres et on est obligé de s'adapter parce que - c'est justement je trouve la partie un peu passionnante- c'est de voir comment adapter à chaque patient la prise en charge. Et parfois se retrouver à faire des choses où même parfois on n'est pas d'accord, mais voir que ça fonctionne quand même. Parce que bah, le patient a été d'accord avec ça. Donc ça c'est rigolo. J'aime beaucoup le fait aussi que ça nous amène très très vite dans l'intimité des gens. Et c'est très surprenant je trouve parce qu'ils se mettent à nous parler de choses, soit dont ils n'ont jamais parlé, soit dont ils ont pas l'habitude ou ils sont pas à l'aise. Mais comme nous on est là en tant que soignants, Ben ils se disent OK bon là je peux en parler. Et ce truc-là est très surprenant aussi et notamment par exemple les violences. C'est une question qu'on essaie de poser systématiquement et ça arrive fréquemment qu'on nous dise bon bah, soit oui ils ont effectivement ils ont subi des violences, ils en avaient jamais parlé donc ça c'est génial. Mais parfois ils ont jamais subi de violence, mais ils se disent mais c'est vrai que j'en ai jamais parlé non plus et là aussi ça amène à des discussions hyper intéressantes. Donc ça j'aime beaucoup. Le fait aussi qu'on a beaucoup de chance parce qu'on n'a pas de pression sur la recherche d'emploi ou sur la possibilité de trouver du travail. On peut travailler pratiquement où on veut en France. Sans prérequis et sans condition. Enfin, on peut s'installer où on veut. Actuellement, là, c'est les conditions actuelles qui font ça, c'est pas spécifique à la profession mais c'est quand même un confort énorme et on se rend pas trop compte en fait. Je me rends compte surtout parce que je suis des patients qui sont en burn out et qui galèrent pour retrouver du travail. Et je me dis mais je ne vivrai pas ça et ça c'est un confort incroyable. Donc ouais, donc il y a ça. Le côté aussi très adaptable. J'aime bien le fait que chacun peut exercer un peu à sa façon. Bon, ça amène beaucoup de dérives aussi, mais de base c'est hyper valorisant sur le plan personnel, parce qu'on peut vraiment faire ce qui nous plaît. Donc ça j'aime beaucoup. Et alors après les points négatifs. Après un point négatif, mais qui me concerne pas personnellement parce que je justement je suis dans un centre de santé, c'est la charge administrative qui est énorme. Et donc bah je trouve que le centre de santé c'est une bonne solution pour ça. Mais globalement, je vois tous mes collègues, ceux qui ont essayé de s'installer la première année, ils étaient en dépression juste à cause de l'administratif. Donc ça je trouve ça un gros point négatif. Je pense aussi la responsabilité, en fait, c'est un peu les 2, c'est à la fois, ça rend le métier intéressant

parce que bah ça nous oblige à prendre des décisions parfois. Et puis à les assumer surtout. Mais c'est aussi un point où Ben faut rentrer le soir avec le poids de chaque responsabilité pour chaque patient. Alors pour une rhinopharyngite c'est pas très gênant mais il y a des choses plus chiantes. Et c'est pas évident de prendre du recul je trouve par rapport à ça d'être adapté émotionnellement, d'être dans la vraie empathie, c'est pas si évident que ça. Et on est obligé de le retravailler tout le temps en fait. Et ça prend beaucoup d'énergie. Mais c'est un peu toujours pareil, c'est à la fois un inconvénient et à la fois c'est-ce qui rend la chose intéressante. Un inconvénient, mais pareil que moi je ressens pas trop dans ma pratique mais qui est ressenti par mes collègues, c'est le fait que c'est un métier qui est de plus en plus dévalorisé. Enfin, il y a un contraste entre les enseignants de médecine générale qui essaient de valoriser au maximum le métier de médecin général mais qui le font d'une façon qui moi me je trouve pas très intéressante, et le fait que dans la population générale y a une dévalorisation de plus en plus importante. On le voit beaucoup dans l'agressivité des patients, mais ça concerne surtout les femmes en fait et... On a vu très nettement la différence, par exemple sur le centre, on a des patients agressifs où on sait lesquels, y en a certains qu'on a viré de la patientèle mais ils ne l'ont été qu'avec les femmes du centre. Et donc ça c'est un point assez difficile à gérer.

- Et toi tu ne l'as pas ressenti ?

- J'ai pas exercé assez pour faire la différence, mais je vois que oui, y a des gens agressifs et c'est toujours dans certaines conditions. Par exemple, ils vont être très agressifs avec la secrétaire, puis après un peu moins agressifs avec nous. Et puis ça dépend comment on les aborde aussi et... Mais voilà, ça c'est un des points pas évident. Après, je trouve qu'on n'a pas trop d'inconvénients dans l'ensemble.

- Et est-ce que tu penses à des situations ou des expériences de vie, dans ta vie personnelle ou professionnelle, qui pour toi impactent ta façon de travailler.

- Juste je viens de penser, un autre point négatif qui est le fait que pendant toutes nos études on est entre nous. Et ça c'est un truc que je ressens plus maintenant parce que je j'ai fini les études, mais c'était un truc qui était très pesant pour tout le monde. Le fait que pendant plusieurs années on est qu'entre médecins. Et donc on voit personne d'autre, mais c'est parce que le rythme est fait comme ça, parce qu'on est en décalage avec tout le monde. Et ça c'est pas évident pareil de se remettre dans une dynamique où on élargit notre cercle social, surtout quand on a déménagé. Quand on est resté dans la même ville, en général, on a gardé nos amis d'enfance donc là ça va. Mais dès qu'on essaie de changer, on se retrouve vite pris dans le fait que bah on rencontre que des médecins donc ça oui c'est un point négatif. Et mais je pense à ça parce que justement pour la question suivante, un truc qui de ma vie privée, qui a influencé ma pratique, c'est l'improvisation. Je m'y suis mis l'année dernière. Et c'est très rigolo de voir comment on fait de l'improvisation, parce qu'il y a énormément de choses qui sont basées sur les relations humaines. Et sur comment modifier notre contact avec l'autre pour pouvoir improviser. Et j'ai retrouvé beaucoup de choses de ce qu'on fait en consultation. C'est à dire que bah il y a d'un côté... ils parlent de facettes, notamment la facette personnelle, donc ce qu'on est, notre façon de réagir dans la vie de tous les jours. Et après il y a la facette acteur qu'on va utiliser quand on travaille des exercices ou quand on est sur la scène et la facette personnage qui est le rôle qu'on va jouer sur la scène. Et Ben finalement en consultation c'est pareil, on peut pas être tout à fait nous-mêmes parce que sinon on peut pas être dans l'empathie, on est obligé d'avoir une sorte de facette médecin ou de facette soignant. Mais ça nous permet aussi d'avoir d'un recul suffisant pour Ben être par exemple toujours dans le positif, se dire bah quel que soit ce que va me proposer le patient, je vais l'accepter d'abord, même si en théorie j'aurais pas été d'accord, je me dis d'abord j'accepte et

après je vois ce qu'on en fait. Et donc ça, j'ai trouvé ça intéressant parce que c'est des choses qu'on nous apprend, mais je l'avais jamais théorisé de cette façon, ni expérimenté dans d'autres contextes. Donc ça j'avais bien aimé.

- Et t'as l'impression que le fait de faire ça en improvisation, ça t'aide à le faire avec les patients, que ça t'apporte quelque chose dans ce cadre-là ?

- En fait le fait d'en être conscient, du coup déjà je me rends compte de quand je l'utilise ou quand je l'utilise pas, et du coup je me dis OK Bon bah j'essaie de comprendre pourquoi je le fais dans telle ou telle situation, et cetera.

- C'est vachement intéressant. J'aurais jamais fait le parallèle entre l'improvisation et la pratique de la médecine.

- Moi non plus *rires*, c'est vraiment arrivé par hasard. Sinon après... si bah y a un stage qui m'a marqué. Ça a été un stage d'internat où j'étais avec 3 médecins généralistes, et on tournait entre les 3 médecins. Et ça avait été un stage déjà qui m'a convaincu dans le fait de choisir la médecine générale, mais aussi où j'ai vu des approches différentes, et notamment un médecin qui remettait tout en question sur ses connaissances, mais en permanence. Et ça, c'est un stage qui m'a énormément appris. Pourtant j'ai fait 1/3 de 6 mois on va dire avec lui, mais je me rends compte régulièrement que l'essentiel des connaissances médicales que j'ai actuellement, je les ai de ce stage-là. Alors que j'avais déjà appris des choses, que j'en ai appris par la suite. Et donc ça, c'est un stage qui a beaucoup changé ma pratique. Et notamment, par rapport justement au relationnel avec les patients, j'ai appris énormément de choses là-dessus. Y avait un truc en particulier, c'était le cycle Projasquet di clémente qui analyse en fait les processus dans le changement de comportement ou d'habitude de vie. C'est un truc que l'on utilise pour le sevrage du tabac. Surtout, ça a été décrit là-dedans au départ. Et le médecin avec qui j'étais s'est dit, c'est quand même rigolo parce que ça a l'air de s'appliquer à beaucoup de choses. Et il s'est dit bon bah on va chercher, on va voir si on peut l'appliquer à d'autres choses. Et effectivement, en fait, on s'est rendu compte que déjà le cycle a été décrit pour le tabac mais avait été étendu à beaucoup d'autres choses. Et en fait on peut l'utiliser dès qu'il y a un changement de vie en fait. Donc on l'utilisait pour l'obésité, on l'utilisait pour les patients qui voulaient se remettre au sport, pour les victimes de violences, pour les patients dépressifs. Enfin à tout. Et surtout ce qui était intéressant, c'était de savoir comment on devait adapter notre discours en fonction d'où en était le patient. Donc ça a complètement changé ma pratique par exemple. Voilà c'est 2 exemples pour moi assez marquants.

- Et du coup-là dans ce cabinet au niveau de ta pratique, est-ce qu'au niveau de la médecine générale tu fais vraiment de tout ou ce que t'as une pratique un peu prédominante ?

- Par défaut, j'ai pas de prédominance, je fais pas de gynécologie, mais c'est parce que personne prend rendez-vous pour ça et du coup bon par habitude du coup je me propose même plus de le faire. Enfin, gynécologie au sens d'examen, parce que les contraceptions ça, je fais, les préventions oui mais du coup c'est le seul aspect que je fais pas. Mais après je me suis pas spécialisé dans un domaine en particulier.

- Ok, tu as pas fait de formation particulière ?

- Je m'étais posé la question et en fait, je voulais pas justement me spécialiser dans un domaine parce que bon, pour l'instant ça me plaît de faire plein de choses différentes. Donc je verrai plus tard.

- Et au niveau de la patientèle du coup est-ce que tu commences à avoir une patientèle un peu régulière ?
- Il y en a que je vois régulièrement, d'autres un peu moins, mais ça commence à être régulier.
- Et au niveau des types de patients, est-ce qu'il y a une prédominance au niveau de l'âge, au niveau des catégories socioprofessionnelles aussi ?
- On a énormément de jeunes, je pense que la moyenne d'âge est entre 20 et 30 ans pour notre patientèle. Peut-être autour de 30 plutôt, mais oui on a presque que des jeunes, on essaie de recruter des personnes âgées mais on a du mal. Mais on en a quelques-uns. Et après on voit très bien que l'un des principaux motifs qui revient, c'est les problèmes d'anxiété et de dépression parce que ce sont tous des jeunes actifs et en général qui viennent... soit ils ont pas de problème, soit en fait ça se passe mal psychologiquement à cause du travail, à cause d'un changement de vie récent, et cetera. Donc ça, c'est-ce qu'on a le plus je pense.
- Et au niveau des niveaux de vie, est-ce qu'il y a tout, est-ce que tu as plus d'étudiants, plus d'actifs plus que tu as des patientes de CMU par exemple ?
- Je pense que l'essentiel, ce sont des jeunes actifs, donc qui soient viennent de finir leurs études, soit en train de les finir. Et on a une grosse part de patientèle qui sont précaires, donc en général, soit qui sont sans emploi, soit qui ont un emploi qui rémunère pas grand-chose. Et après on n'a pas trop d'entre 2. Mais pour l'instant.
- Du coup, je vais rentrer un peu plus dans le vif de la contraception, déjà juste pour que j'ai une idée un peu ta pratique, toi au niveau des gestes que tu fais, qu'est-ce que tu fais ? Qu'est-ce que tu ne fais pas ? Par exemple est-ce que tu poses des implants, des stérilets ?
- En soit je peux le faire, mais ça m'arrive jamais d'avoir ces consultations. J'essaye hein *rires*, mais même quand j'étais en remplaçant en général, elles allaient chez les médecins femmes. Donc nous on a le docteur P. qui fait les poses de stérilet du coup et voilà. Donc, en général dans des consultations contraception, je fais l'information si c'est une pilule, c'est moi qui l'ai prescrit et le reste en général c'est fait par d'autres personnes.
- Ok mais dans ce cas-là si ça t'arrive d'en avoir tu les rediriges vers ta collègue, vu que toi t'as moins l'habitude ou ça t'es même pas arrivé ?
- Ah non ça m'arrive vraiment pas d'avoir... à chaque fois que je propose, on me dit Ah bah on préfère avoir une femme, donc je leur dis si vous voulez y à ma collègue, donc du coup je me dis bon bah... Après en fait c'est déjà assez rare que j'aie des consultations comme ça. En général, celle que j'ai, c'est pour la pilule. Et celles qui envisageaient l'implant ou le stérilet ont soit déjà une sage-femme qui les suit et préfère faire avec un sage-femme, soit avait déjà prévu voir avec un autre médecin. Enfin bref. Souvent, c'est plus de l'information.
- Et est-ce que tu poses la question de la contraception même une patiente qui vient pas pour ça ou c'est pas un sujet que t'abordes dans systématique?
- Si. Pour tous les patients que je connais pas, j'aborde la question de la contraception. Et après je vérifie toujours est-ce qu'il y a une contraception en cours, laquelle depuis quand...

- Et du coup, dans le cas d'une patiente qui vient pour une information pour la contraception comment tu fonctionnes ? Comment se déroule ta consultation ?
- En général, je commence par demander quelles sont les attentes de la patiente et est-ce qu'elle a déjà des informations sur le sujet ? Pour voir un peu où elle en est et pas trop la rabâcher, si c'est des choses qu'elle maîtrise déjà. Je demande si elle a déjà pris une contraception. Et après je commence à aborder les différentes contraceptions et puis à chaque fois je lui dis d'abord les différents types qui existent, je lui explique la différence entre œstrogène, progestérone, et du coup quelle contraception contiennent quelles hormones. Je lui parle des effets secondaires, je lui parle de l'efficacité de chaque contraception. Et en général, voilà déjà là on a rempli une bonne consultation. Et après je termine en demandant bah qu'est-ce qu'elle envisage, est-ce qu'elle veut qu'on en reparle et tout ça.
- Parce que du coup tes consultations durent combien de temps ?
- De base, 20 minutes.
- Ok quel que soit le motif ?
- Y a juste pour les suivis de nourrisson ou j'ai mis en 40 minutes, et après c'est plus au cas par cas. Par exemple ça m'arrive de reconvoquer des patients en disant Bah là faut qu'on prenne le temps sur tel sujet. Donc on prévoit une consultation plus longue.
- Effectivement, 20 minutes c'est vite rempli. Et du coup quand tu me dis que tu présentes les différents moyens de contraception, est-ce que tu peux me dire desquels tu parles ?
- En général, je parle des différentes pilules, les différents dispositifs, l'implant et l'anneau vaginal et après on parle très vite fait en général du préservatif.
- D'accord. Le patch c'est quelque chose que tu n'abordes pas systématiquement ?
- Pas systématiquement, en général je le mentionne, mais d'expérience c'est pas des mieux tolérés, surtout pour les réactions cutanées. Voilà.
- C'est marrant parce que pour l'anneau c'est peu fréquent que les professionnels en parlent en systématique.
- Ben en fait j'ai plein de patientes sous anneau vaginal alors du coup je me suis habitué à le faire. C'est vrai que je le faisais pas trop pendant mes études et en fait depuis que je remplace et que j'ai mes patientes je le fais.
- Et est-ce que tu vas aborder tous ces types de contraception pour toutes les patientes ou est-ce qu'il y a des patientes où tu vas plus insister sur un moyen qu'un autre ?
- Oui, par exemple, celles qui ont en général plus de la trentaine et qui fument... enfin qui ont des facteurs de risque cardiovasculaire, en général Je vais commencer par leur dire bon bah tout ce qui est à base d'œstrogène on va plutôt éviter. Donc je leur en parle plus vite fait et j'axe plus sur le reste. Ça dépend aussi si c'est une patiente ou je sens qu'elle va être fiable sur le suivi ou pas. Ça dépend si elle vient d'accoucher ou pas aussi, tout ça. Et puis j'adapte aussi en fonction de ce qu'elle m'a répondu sur les premières questions, donc de ses

attentes. Si elle me dit d'emblée bah moi j'aimerais bien une pilule, je lui dis ok ben je vous informe sur le reste mais dans tous les cas je m'adapte à ce que vous voulez aussi. Ou pareil si elle me dit Ah bah moi le l'implant je veux pas entendre parler parce que... enfin remarque dans ces cas-là ça me challenge un peu alors du coup je vais aller explorer ça *rires*.

- Donc une patiente qui te dit qu'elle veut pas d'implant parce qu'elle a eu des mauvais retours, des choses comme ça, dans ce cas-là tu en parles quand même ?

- Ouais, je vais surtout passer du temps sur pourquoi elle veut pas l'implant et en général je vais pas insister forcément dessus, je vais essayer juste de donner des informations rapides pour dire que ça reste possible mais sans la contraindre parce que je veux pas qu'elle se dise qu'on l'a forcée à prendre un implant quoi.

- Et est-ce que chez des jeunes par exemple, même si c'est pas toi qui les pose, tu parles du stérilet systématiquement ou pas ? Même pour des mineurs par exemple ?

- Oui, oui oui. Bah surtout parce que pendant le stage que j'avais avec le médecin justement, génial, on s'était refait un point contraception. Et on s'était posé la question à ce moment-là, comment ça se passait dans les autres pays. Et on s'était rendu compte que dans les pays nordiques, ils mettaient presque en première intention le stérilet. On s'est dit, voilà, c'est quand même rigolo, pourquoi nous c'est pas le cas. En fait, on avait l'impression que la France, c'était un cas spécifique où on ne mettait pas le stérilet. Et donc on s'est dit, bon ben c'est un truc culturel, on avait pas trop la réponse sur le sujet. Mais du coup j'aborde ça avec les patientes. Je leur dis bah le stérilet je le mets au même niveau que les autres, parce que déjà c'est plus efficace - enfin pas par rapport à l'implant, mais par rapport à la pilule - et en plus bah les autres le font alors on peut le faire aussi. Il était incroyable ce médecin.

- C'est vrai qu'il avait l'air vraiment bien ce médecin ! Et est-ce que tu parles de la contraception d'urgence ou pas systématiquement ?

- J'en parle beaucoup si c'est une première consultation et après si c'est des renouvellements ou des patients qui ont déjà eu des contraceptions, je revérifie juste ce qu'elles savent dessus. Après sur une première prescription, je mets toujours tout un petit paragraphe sur la contraceptive d'urgence. Pareil pour les oublis, je leur mets toujours toutes les consignes sur l'ordonnance. Enfin sur la première et après je me contente de vérifier ce qu'elles ont retenu ou pas quoi.

- Et donc ça pour les patientes qui ont la pilule, et pour des patientes qui utilisent les préservatifs ou le retrait ou l'anneau vaginal ? Tu donnes la même information ?

- Oui, c'est vrai que là du coup je fais pas d'impression, enfin si pour l'anneau vaginal vu qu'il y a l'ordonnance, mais oui.

- Et en contraception d'urgence, est-ce que tu parles du stérilet au cuivre ou pas du tout ?

- Ah non ça non. Je pensais pas que ça pouvait être contraception d'urgence.

- Donc c'est juste que tu avais pas l'information par rapport à ça ?

- Ou peut-être que j'ai oublié. Mais en tout cas ça me dit rien du tout.

- Ok. Et est-ce que tu parles de la contraception définitive ou pas? Et si oui dans quel cas ?
- Oui, mais c'est beaucoup les patientes qui m'en parlent au final. Et ça c'était c'est rigolo parce que j'avais déjà participé, enfin répondu à une thèse qui parlait de la contraception définitive masculine. Et en fait depuis la thèse, j'ai eu plein de patients qui m'ont posé la question. Je me suis dit, c'est quand même rigolo. Après je l'aborde pas en général chez celles qui ont enfin bah 18 ou 19 ans. On en parle plutôt après. Ou alors pour celles qui ont des contraceptions mal tolérées, et qui se disent en fait j'ai pas envie de prendre de contraception, et du coup à chaque fois ben là j'aborde « en fait pourquoi vous prenez une contraception? Et donc si c'est des patientes qui veulent pas d'enfants, je dis bon bah oui on va aborder la contraception définitive. Après comme j'ai une patientèle très jeune la plupart du temps elles sentent pas concernées.
- Ok mais c'est quand même toi quelque chose que tu peux aborder même chez des patientes jeunes ?
- Oui
- Et t'as une limite d'âge, on va dire un peu virtuelle, où tu te dis qu'avant tu sais que tu l'aborderas pas trop, ou c'est vraiment en fonction de la situation ?
- Je pense qu'au-dessous de 20 ans oui je l'aborde pas. Après c'est plus du ressenti sur la consultation, donc j'ai pas trop de critères. Donc... Ouais, je saurais pas trop dire. Je pense que pareil entre 20-25 je pense que ça c'est assez rare que je l'aborde et après 25 ça dépend
- OK. Et du coup sur une patiente qui arrive et qui a une idée très définie de ce qu'elle veut, elle te dit bah moi j'aime pour une prescription de pilule, donc tu vas quand même aborder les autres moins de contraception ? Enfin tu lui proposes d'en parler et si elle te dit oui tu le fais ou est-ce qu'en systématique tu vas lui parler ?
- En général, je vais lui demander si elle a envisagé d'autres contraceptions et puis après c'est en fonction de ce qu'elle me dit.
- Ok est-ce que tu peux me dire pareil, c'est très large comme question, mais ce qui pour toi est une consultation idéale ?
- ... J'en sais rien...
- Il y a pas de bonne réponse
- Ouais donc moi je pense c'est si la patiente est satisfaite globalement parce que... je saurais pas du tout dire. Bon, je me dis, s'il y a eu de l'échange, et si j'ai l'impression que la patiente est satisfaite, ça me paraît bien. Mais j'essaie de réfléchir dans l'opposé, une consultation qui se passerait mal, mais... En fait j'ai pas eu de consultation qui se soit mal passée sur la contraception pour l'instant sauf... si peut-être en fait ce serait plus ça. On va dire une consultation qui s'est bien passée pour répondre à la question...
- Tu peux répondre dans le désordre, il y a pas d'ordre. Si tu préfères commencer par celle qui s'est mal passée
- Bah oui alors ce sera plus simple. Une consultation qui se serait mal passée, c'est une consultation par exemple avec une patiente qui aurait beaucoup de croyances que je n'aurais pas réussi à désamorcer. Parce que là, pour moi, ça aurait été une frustration et du coup je me dirais ben c'est dommage de pas avoir pu passer ce truc-là,

surtout si ça aboutit à une contraception que je pense être adaptée. Après, je vais juste être frustré. En général, je suis rarement frustré par la consultation parce que comme je pars du principe que ben, ce sera le choix de la patiente, bah je me sens pas frustré si elle choisit pas forcément ce que je lui propose mais c'est plutôt si j'ai l'impression que son choix, il est basé sur des choses qui sont... enfin ouais, enfin sur des croyances, qu'il est fait pas avec les bonnes informations quoi, c'est ça plutôt. Si je sens que j'ai pas réussi à déconstruire ça là je serai pas content de ma consultation. Mais en dehors de ça... et ça arrive assez rarement au final. J'ai rarement des patientes qui arrivent avec des vraiment, des croyances fortes et complètement ancrées. Enfin sur la contraception en tout cas. Voilà, mais aussi parce que j'ai une patientèle jeune. Quand j'étais en Ardèche, ça c'était pas la même chose. Là y avait beaucoup de croyances à dé-construire en permanence, à toutes à tous les âges. Et j'avais une patientèle le plus âgé, et donc notamment les patients, bah plutôt celles qui avaient déjà eu des enfants qui étaient autour de la quarantaine, voilà, c'était très compliqué de les faire changer d'avis sur un sujet. Donc voilà. Et donc je dirais que les consultations qui se passent bien, c'est toutes les autres. *rires*

- Et est-ce que tu as des outils pour parler de la contraception ?

- Alors non, et c'est un des projets qu'on a justement. On voulait se faire déjà une affiche. Et on a déjà des modèles de stérilet mais sinon non. Mais c'est bien d'avoir un support visuel donc vous voulez faire ça justement une sorte de plaquette où on a les différentes contraceptions, un truc comme ça.

- Question encore très large, mais est-ce qu'il y a des facteurs quand tu as une patiente en face de toi, est-ce que pour toi il y a des facteurs qui vont faire que tu auras une attitude plutôt qu'une autre ?

- Ah, c'est très vague comme question. Alors je bah je pense à un exemple, mais une patiente qui vient accompagnée par sa mère ou un par un parent en général, mais c'est souvent la mère... je vais pas me sentir à l'aise parce qu'il va y avoir beaucoup d'interprétation du parent dans la consultation. Et du coup, il faut gérer les 2 en même temps et ça j'aime moins. Donc ça, je vais être un peu plus sur la défensive en général. Après, c'est intéressant aussi parce que ça permet de voir quel discours la patiente a chez elle. Mais du coup voilà en général du coup dans ces cas-là je propose de faire une partie de la consultation sans le parent. Mais ce qui passe pas toujours. Après je vais plus répondre par rapport à d'autres consultations que la contraception parce que pour la contraception, globalement j'ai rarement eu des situations problématiques. Mais en soit, ça pourrait arriver et je pense bah notamment les patients qui viennent, toujours pareil soit avec beaucoup de croyances, soit qui viennent en étant très vindicatif dans ce qu'ils veulent, ou avec une liste de courses. Donc ça, c'est des choses où je vais être un peu sur la défensive et après je vais me dire bon ok, on va prendre notre temps, on va explorer tout ça... et du coup ouais, j'ai une sorte de contre-réaction, après je prends mon temps. Souvent c'est des consultations qui vont être un peu frustrantes pour moi parce que je vais passer beaucoup de temps à essayer de comprendre la réaction du patient. Et du coup, au bout des 20 minutes, on n'a toujours pas abordé le sujet, ou alors beaucoup moins que ce que j'aurais prévu. Donc ça c'est pas simple à gérer. Souvent du coup on fait la consultation initiale en très peu de temps. Mais ça débloque des choses aussi, donc je suis obligé de passer par là. Après est-ce que j'ai d'autres idées là-dessus... Surtout, j'imagine très bien avoir des réactions différentes selon les patients, mais c'est dur de prendre du recul sur soi-même là-dessus.

- Et... est-ce qu'il y a certains cas où tu parles de la possibilité de l'IVG en consultation contraception ou pas ?

- C'est vrai que non. Bon déjà, il faudrait plus de temps. Mais c'est vrai que non, en général sur la contraception en général, j'en parle pas. C'est vrai que... faudrait prendre tellement de temps en fait. Mais j'ai l'impression que pour chaque patient, il faudrait prendre 1 heure à chaque fois... mais c'était un des trucs qu'on voulait mettre justement sur l'affiche. Donc on espérait pouvoir l'aborder comme ça. On voulait mettre ça en salle d'attente pour que les patients, les patientes en l'occurrence se disent ah bah tiens aussi, on peut aborder ça aussi. Parce que 20 minutes c'est vite court, surtout quand c'est la première fois que la patiente consulte pour ça.
- Est-ce que sur les consultations de contraception, t'as l'impression d'avoir à peu près les éléments qui sont nécessaires pour répondre aux questions des patientes, avoir une pratique qui te satisfait ou est-ce que tu as l'impression qu'il te manque des choses ?
- Bah globalement c'est des consultations où je me sens plutôt à l'aise. Et je suis pas du tout au point sur les indices de Pearl et tout ça, mais je vois à peu près l'ordre dans lequel c'est. Et après c'est juste... en fait, c'est que souvent les consultations contraception, ça peut s'inscrire dans des contextes beaucoup plus larges sur la sexualité, et notamment la prévention des IST, sur justement les désirs de grossesse, tout ça, et c'est plutôt ça où parfois je prends un peu de recul, je dis ben c'est dommage qu'on puisse pas aborder tout ça et à la fois je me dis je mettrais bien des créneaux plus longs, ou alors je proposerais bien aux patientes de revenir en consultation pour ça et en même temps je me dis, si on aborde trop de choses sur la même consultation, bah y a pas beaucoup d'informations qui ressortent. Et déjà juste la partie abordée sur les différentes contraceptions c'est une tonne d'information d'un coup. Alors faudrait qu'on trouve un système, donc soit remettre un document, soit un truc comme ça.
- Ça marche. Moi j'ai abordé à peu près toutes les choses qui me paraissaient importantes, après c'est pas forcément exhaustif. Est-ce que toi comme ça y a des choses qui te semblent importants à m'apporter comme informations sur ces thématiques-là ?
- Juste sur la contraception masculine on manque d'informations je trouve. Parce que la plupart des connaissances que j'ai actuellement, c'est les patients qui les ont données. Mais à part ça non.
- Et t'as des demandes par rapport à la contraception masculine ?
- Oui, j'en ai quelques-uns qui utilisent l'anneau. Mais j'ai pas encore de retour sur est-ce qu'ils sont satisfaits ou pas, parce que ça fait pas très longtemps.
- Et donc dans ce cas-là tu fais comment, tu les suis quand même pour ça ?
- Oui, parce que, en fait il y a... bah je m'étais renseigné sur les études par rapport à ça il y a tout un protocole à suivre.
- Y a un spermogramme normalement qui doit être fait régulièrement pour l'efficacité et tout ça c'est ça ?
- Ouais c'est ça, plus une prise de sang à faire de temps en temps et voilà.
- Ok, bon ben merci beaucoup !

Dr G.

- Est-ce que vous pouvez commencer par me présenter votre parcours, vos études?
- Je suis médecin généraliste du coup. On est installés ici depuis 3 ans en maison de santé pluri-professionnelle avec 4 autres médecins et une podologue. Avant j'ai fait 3 ans de PMI à Villeurbanne, avec les enfants plutôt du coup. J'ai passé ma thèse y a 6 ans. J'ai fait médecine générale parce que j'aimais bien le côté suivi, fin déjà y avait pas un point précis qui me plaisait plus que les autres dans la médecine donc j'avais envie de continuer à faire un peu de tout sans forcément me sur-spécialiser. Et le côté suivi sur un temps un peu plus long. Ça existe aussi en spécialité mais... le côté suivi vie de famille et suivi dans le temps. Prévention en santé et tout ça.
- Et vous avez fait vos études où ?
- J'ai fait toutes mes études d'externat à Paris et l'internat à Lyon. Donc 7 ans à Paris et 3 ans à Lyon après.
- Et du coup vous avez dit que vous avez fait 3 ans de PMI et 3 ans ici, donc vous avez de la PMI directement en sortant des études ?
- Oui, j'ai fait un peu de remplacements pendant 1 an, fin d'internat et puis début de libéral, j'ai fait un peu de remplacements à droite à gauche, pas mal à Ambérieu y a une grande maison de santé où j'ai fait mon dernier stage d'internat et où j'ai fait du remplacement de congés mat pendant 6 mois, et après de la PMI oui. Et ici.
- Et qu'est-ce qui vous a fait repasser en cabinet ?
- Ah le projet d'ici c'était un projet de longue date déjà donc quand j'ai commencé la PMI c'était déjà d'actualité de faire la maison de santé mais ça prend du temps, de trouver des locaux, faire des travaux tout ça, donc ça a pris plus longtemps que ce qu'on pensait. Et la PMI j'ai beaucoup aimé, mais après c'est très réduit comme champ d'action finalement. C'est vraiment du suivi principalement, y a pas trop de pathologie, fin y a pas du aigu quoi, c'est du suivi d'enfant de moins de 6 ans et puis un peu d'handicap, de protection de l'enfance aussi, mais c'était la volonté de rester général quoi. Donc 3 ans de PMI ça va quoi, mais si j'étais resté plus longtemps j'aurais eu du mal à revenir je pense. Et puis la PMI c'est un autre fonctionnement, c'est plus lent. On a plus de temps. C'est agréable d'avoir du temps pour faire les choses. Mais voilà y a aussi beaucoup d'administratif, beaucoup de réunions, c'est différent quoi. J'aurais pas fait ça toute ma vie je pense. Peut-être qu'en fait de carrière j'y reviendrai, c'est possible, ça m'a appris des choses mais j'aurais pas fait ça toute ma vie.
- Et est-ce que dans votre famille il y a des médecins?
- Ah oui je suis d'une famille de médecins quand même, je fais partie des clichés. J'ai maman qui était rhumatologue, qui est à la retraite maintenant, et mon papa qui a fait des études de médecine, il a fait de la neurologie, il a jamais exercé, il a fait de la recherche après.
- Donc c'était un peu la suite logique *rires*. Et du coup dans ce cabinet ça fonctionne comment, vous avez chacun votre patientèle?
- On est tous en libéral, on partage les charges du cabinet, on a nos patients médecins traitant parce que c'est comme ça auprès de la sécu, on essaie de mettre plutôt avec le médecin référent parce qu'on a

toujours une relation un peu privilégiée mais sinon dans l'urgence ça peut être n'importe qui en fonction des disponibilités de chacun. Et après on fait des réunions, on essaie de protocoliser un maximum de choses, aussi avec des infirmiers qui travaillent juste à côté. Et on mange ensemble, on a des temps informels pas mal aussi finalement.

- Est-ce que depuis la fin de vos études vous avez fait des formations continues, je ne sais pas si vous en faites en équipe?
- On essaie de les faire un peu ensemble, c'est plus sympa donc oui on en a fait un certain nombre. J'en ai pas fait sur la santé de la femme, j'en ai fait en pédiatrie. Pendant que j'étais en pédiatrie puis j'en ai refait après, sur tout ce qui est maladie orthopédique, sur de la dermato. Là dernièrement on a fait des premières sessions sur la dermatoscopie pour le dépistage du cancer cutané. Donc ça on l'a fait à plusieurs. Donc oui on essaie d'utiliser, on a 20h par an de formation donc on essaie de les utiliser.
- Et est-ce que vous allez parfois à des congrès, est-ce que vous lisez un peu les recommandations qui sortent, de la littérature?
- On essaie, on essaie. Ici on est abonnés à « Prescrire », et à « Réalité pédiatrique ». Après faut le lire, prendre un peu de temps pour le lire. Les recommandations, surtout la HAS en fait on regarde. Ça fait partie des mails qui restent non lus pendant un petit moment et quand on a un petit moment on les lit.
- Les 150 mails non lus *rires*
- Donc on essaie... y avait 3-4 mois ils ont mis des réactualisations sur les hypo-hyperthyroïdies mais j'ai pas eu le temps de la lire encore. Mais c'est dans mes projets!
- Qu'est-ce que vous diriez qui sont les points positifs et négatifs de votre métier?
- Dans les points positifs... bah pfff de façon très... on a un niveau de vie qui est très correct quand même, en terme économique, on s'en sort pas si mal quand même. On a la capacité d'organiser notre temps un peu comme on veut. Dans la limite qu'il faut quand même être un peu disponible pour les patients mais... On travaille tous ici 3j/semaine. Donc on a un peu de temps pour notre famille, voilà les congés on fait un peu comme on veut, on s'organise entre nous pour que ça ferme pas. Donc on a pas mal de liberté en termes de temps. Et puis en terme économique c'est plutôt confortable. Et puis ça reste intéressant ce qu'on fait. On touche beaucoup de choses. On peut pas se sur-spécialiser mais on fait quand même pleins de choses différentes et c'est agréable. On a des bons locaux, une bonne équipe, on s'entend bien, on mange ensemble *rires*. Dans les points plus négatifs... on est bloqués ici dans ce petit local toute la journée. C'est pas très grand, on est pas dans les couloirs d'hôpitaux à tourner, on est assez sédentaires finalement, et on a pas de point de vue sur l'extérieur. Et on est toujours, bah le temps c'est une composante majeure dans nos métiers de consultation, dans le sens où bah voilà ça fait 20 ou 30 min ou 15 min, ça dépend un peu des gens et des consultations mais on est rythmés par le temps, et ça c'est un peu pesant au bout d'un moment quand même quoi. Je pense que ça c'est pour moi le plus gros point négatif quoi.
- Est-ce que vous pensez à des choses dans vos vie professionnelle, personnelle, vos études qui façonnent votre façon de travailler aujourd'hui?
- Vie personnelle?
- Ou professionnelle, ça peut être les deux

- Bah je pense qu'on est façonné en permanence par ce qu'on vit, par les gens qu'on rencontre par les patients qu'on rencontre, et par notre vie personnelle, des histoires de maladie dans la famille, dans les amis, je pense que forcément ça a des échos quand y a des situations qui se représentent. Je pense... mais je sais pas... tout en fait... j'ai du mal à répondre à cette question parce que tout façonne fait.
- Des fois y a des histoires, des événements marquants, mais pas forcément vous pouvez me dire que non
- Si forcément... moi je fais beaucoup de pédiatrie, j'aime bien ça, je sais pas pourquoi. J'ai fait 3 ans de PMI donc je suis plutôt à l'aise là-dedans aussi. Ça prend du temps et c'est pas très bien rémunéré mais bon c'est pas grave. Après oui des événements marquants dans la famille, moi j'ai mon père qui est décédé j'étais pas très vieux... j'ai un frère qui a une maladie psychiatrique... fin y a pleins de trucs donc forcément ça façonne dans la pratique qu'on a quoi. Et puisqu'on parle de la santé des femmes, quand on fait un peu de suivi y a quand même énormément de femmes qui ont été victime de violences sexuelles dans leur histoire et ça marque aussi donc ça fait réfléchir forcément aussi. Mais je pense que tout façonne au fur et à mesure et que la façon dont je travaillais y a 3 ans est légèrement différente de celle actuelle.
- Et dans votre cabinet actuellement, vous faites encore beaucoup de pédiatrie? Vous avez quoi comme type de consultations, comme type de patientèle?
- C'est vraiment très diversifié, on a vraiment de tout. Je fais peu de gynéco. De la contraception de pilule oui ça j'en fait, quand y a des frottis généralement c'est ma collègue généralement qui les fait, j'en fait pas beaucoup donc j'ai arrêté d'en faire. Parce qu'au bout d'un moment on a pas l'habitude et on en fait tellement peu que ça a plus de sens quoi. Du coup je les envoie plutôt chez les sage-femme ou chez ma collègue. Sinon je fais pas mal de pédiatrie ça doit représenter 20-25% de mon activité. Après y a pas mal d'adultes jeunes, y a un collège à côté, puis y a l'ENS à côté, y a pas mal de travailleurs dans le quartier, y a pas mal de précarité dans le quartier parce que y a un quartier prioritaire de ville à côté, mais y a aussi des trentenaires plutôt aisés, y a un peu de tout. C'est assez diversifié, y a des personnes âgées dans l'immeuble aussi et dans les environs. Y a un peu de tout en termes d'âge, de type de pathologie, de niveau socio-économique.
- Vous avez des patients CMU par exemple?
- Oui. J'en ai un peu plus que la moyenne nationale.
- Et patientèle plutôt régulière ou ponctuelle, les 2
- Bah plus le temps passe au bout des 3 ans plus on a des réguliers. Au début y a beaucoup de ponctuel, y a de la place donc on bouche un peu les trous. On a plus trop de ponctuels ponctuels quoi. Ou alors c'est des 25-26-30 ans qui viennent 1 fois par an parce qu'il y a un certificat médical ou tous les 3 ans parce qu'il y a quelque chose en particulier. Où y a pas de suivi quoi, fin peu.
- Et au niveau de l'âge du coup vous avez une patientèle assez variée?
- Je pense qu'on a un pic dans les 2 premières années de vie parce que y a plus de suivi on les voit souvent. Un pic vers 25 ans parce que c'est des jeunes qui commencent un peu à se préoccuper de leur santé. Et vers 60-70 parce que c'est là où y a plus de maladies chroniques
- Les prises RDV ça se fait comment?

- Doctolib et secrétariat
- Et est-ce que les RDV se font en présentiel, en télé-consultation?
- Les 2, à peu près 20% du nombre d'actes en télé-consultations donc ça fait 10% du temps
- Ça c'est depuis la période Covid?
- Oui, fin en fait on s'est installés en fin 2020 donc finalement on s'est installés à ce moment-là quoi
- Et au niveau du temps de consultation c'est prévu comment?
- C'est en fonction des motifs, on a 20 min pour la médecine générale, 30min pour les suivis de pédiatrie, 15 min pour les urgences adultes, 20 min pour les urgences pédiatriques... et après ça dépend, quand c'est des suivis plus de trucs psychologiques/psychiatrique essaie on de prendre de temps en temps des RDV d'1/2h
- Et pour la gynéco du coup ça rentre dans médecine générale?
- Pour moi ouais. Mon collègue il a un créneau particulier, mais pour moi ça rentre dans médecine générale, comme je fais pas de pose de DIU, de pose d'implant ni de retrait d'implant. Ma collègue elle en fait un peu. Si moi je prescris de la contraception ça va être de la contraception orale. Fin orale, ou de l'anneau vaginal quoi mais ça sera de la contraception prescrite quoi donc c'est plus de la consultation. Sinon je vais réorienter vers des sage-femmes ou des gynécos, quand y a un choix d'un autre mode de contraception. On en parle, mais je le fais pas après
- Est-ce que même si le motif de consultation c'est pas la contraception est-ce que vous posez en systématique la question ou pa
- De?
- De la contraception, est-ce qu'une patiente qui vient pour n'importe quel motif vous lui posez la question de si elle prend un contraception?
- En systématique, sur une nouvelle patiente oui, parce qu'on demande si y a des traitements en cours, si elle me répond non je vais lui demander « même pas une contraception ». Après je vais poser la question en fonction des motifs quoi. Je sais pas, motif gynéco, un motif de douleur abdo, un truc dans le genre je vais lui demander si y a une possibilité que y ait une grossesse en cours, ou un début de grossesse, si y a une contraception. Sur les suivis de Roaccutane, de dermatose, forcément on pose la question ça c'est légal. Donc pas en systématique, fin les gens on les connaît au bout d'un moment quand on fait de la médecine générale. Donc s'ils viennent parce qu'ils ont le Covid, une gastro, des douleurs à l'épaule ou un autre truc et qu'on a déjà rempli la question, non je ne poserais pas la question systématiquement.
- Quand vous avez une patiente qui vient pour une consultation de contraception, qu'est-ce que vous diriez qui sont les enjeux pour vous
- Ça dépend si c'est une première contraception, un renouvellement de contraception
- Plutôt on va dire sur une nouvelle ou un changement de contraception

- Les enjeux? Bah... les premières questions ça va être déjà de savoir si elle a un mode de... Les enjeux? Bonne question, c'est quoi les enjeux? Les enjeux de la contraception c'est de pas avoir d'enfants, c'est de pouvoir choisir sa période de procréation ou non d'ailleurs en fait en l'occurrence. Pour moi l'enjeu ça va être de savoir est-ce qu'elle est... Je vais être très flou dans ce que je raconte... les enjeux... est-ce qu'elle est au courant de tout ce qui existe en terme de contraception orale, transcutanée, anneau vaginal, implant, dispositif intra-utérin, préservatif, après le reste on en parle moins c'est pas très fiable. Donc est-ce qu'elle est au courant de tout ça, est-ce qu'elle s'est déjà renseignée, est-ce qu'elle connaît un peu. Éventuellement des fois je m'aide un peu de la plaquette visuelle *me montre la plaquette*. voilà on essaie de faire une représentation visuelle un peu, sur le DIU, l'implant, ce qui existe quoi. Leur fiabilité. On va essayer de parler d'infections sexuellement transmissibles quand même parce qu'à partir du moment où y a plus de préservatif y a plus de risque, forcément, si c'est pas un partenaire régulier. Faut essayer en tout cas, de lui lister sans faire peur. L'efficacité contraceptive et les contraintes qu'il peut y avoir pour chacune. Parce que y a des contraintes de prise, des contraintes d'oubli.
- Et du coup pour les consultations de contraception est-ce que vous avez une trame type, comment ça se passe?
- 9 fois sur 10 c'est du renouvellement de contraception quand même. Donc la première question, quand c'est de la pilule en tout cas, est-ce que ça lui va, est-ce que y a des soucis particuliers avec cette contraception, des questions ouvertes finalement quoi. Est-ce qu'elle a le désir de changer ou pas. Est-ce que y a des contre-indications, fin la on la connaît, est-ce que y a du tabac, des ATCD personnels ou familiaux, maladies thromboemboliques veineuses ou artérielles, on va essayer de prendre la tension, effectivement des fois c'est compliqué parce que parfois y en a qui aiment bien consulter en télé-consultation et on peut pas prendre la tension donc... On essaie de garder un accès facile à la contraception, mais en même temps faut vérifier qu'il n'y ait pas trop de contre-indications.
- Vous le faites des fois le renouvellement en télé-consultation? Vous fonctionnez comment dans ce cas là?
- Ça dépend, des fois c'est du dépannage le temps qu'elle ait un RDV dans 2 mois avec la SF, le gynéco, le généraliste si je la connais pas, et dans ce cas là on fait une ordonnance pour 3 mois histoire qu'il n'y ait pas de rupture de contraception. Mais qu'en même temps on fasse les choses correctement quoi. Si c'est une patiente, que je connais, que je vois de temps en temps, ou j'ai une tension dans son dossier, qui a une biologie qui est pas très vieille où il n'y avait pas de soucis particulier, ça peut m'arriver de le faire vraiment en télé-consultations pour 12 mois finalement. Ça va dépendre de ce que je trouve dans son dossier ou pas. Parce que qui va m'intéresser dans l'examen clinique c'est la tension principalement. Après le reste en fait c'est pas absolument indispensable. Après on peut discuter de faire un dépistage effectivement, cancer du col, cancer du sein.
- Et est-ce que vous faites un examen clinique gynéco en systématique ou pas forcément?
- Non
- Et est-ce que vous le proposez en systématique?
- Non
- Ok, même sur une patiente qui vient pour la première fois?

- Non. Moi j'ai rien à aller rechercher en fait. A partir de 25 ans je vais demander pour le frottis, le dépistage du cancer du col. À un moment je proposais la palpation mammaire, c'est souvent refusé en fait en l'occurrence, du coup maintenant je parle plutôt de l'auto-palpation, et de pas hésiter à faire de l'auto-palpation et de re-consulter en cas de doute, d'anomalie. Quand y a pas d'ATCDs familiaux, pas de terrain particulier quoi.
- Et du coup si c'est une patiente qui a besoin d'avoir un frottis vous réorientez?
- Oui je lui propose de prendre un RDV dédié avec ma collègue. Elle en fait pas énormément, et plutôt si y a un IMC <25, parce que des fois c'est plus compliqué. Si y a un IMC >25 je propose plutôt avec un gynéco ou une sage-femme. Avec une sage-femme c'est souvent plus accessible en réalité.
- Et sur une patiente qui vient pour une première contraception, ou un changement de contraception, même si ne posez de DIU ou des implants, dans ce cas là vous fonctionnez comment, vous leur parlez de quoi comme type de contraception?
- Principalement du DIU et de l'implant. Le problème des patchs c'est que c'est des 3ème génération, donc j'essaie de limiter au maximum. Du coup on parle de la pilule, œstro-progestative, micro-progestative, de l'implant, et du DIU donc au cuivre ou hormonal. Des avantages et des inconvénients que peuvent avoir chacun. Et que c'est possible de les changer à peu près à n'importe quel moment mais par contre que moi je les pose pas mais je peux orienter vers une sage-femme qui le fait. Ou une gynéco.
- Est-ce que vous parlez de l'anneau, cape, spermicide?
- Spermicide jamais sauf si on me pose la question. Anneau ça m'arrive de temps en temps. J'en parle pas beaucoup. Cape pas vraiment. Je connais pas très bien, je reconnais pour le coup.
- Donc c'est parce que vous ne connaissez pas beaucoup, ou..?
- Parce que j'ai pas l'habitude, je sais même pas si c'est du 2ème ou du 3ème génération en l'occurrence. Parce que je connais pas très bien en fait.
- Je vois qu'il y a des injectables (sur la plaquette), vous en parlez ou pas?
- Ouh là non pas du tout. J'en parle pas.
- Pour les mêmes raisons?
- Je connais pas bien. Je connais pas très bien. Ça fait pas partie des premières intentions en tout cas en général.
- Est-ce que vous avez un ordre dans lequel vous présentez, est-ce que vous présentez tout à toutes les patientes quel que soit leur âge ?
- Déjà je vais lui demander à quoi elle pense quoi. Le plus souvent c'est la pilule quand même en première intention. Non mais savoir est-ce qu'elle sait que y a d'autres choses qui existent et que le DIU c'est possible, pendant longtemps on a dit que les DIU c'était pas pour les femmes qui avaient jamais accouché. Moi je les pose pas alors après c'est pas moi qui pose l'indication non plus parce que c'est la personne qui va le poser qui va poser l'indication du dispositif ou pas mais je lui dis que c'est possible, que ça existe quand même. Du coup ça crée un délai plus long. Donc on propose si y a besoin

d'avoir une contraception orale dans l'attente si on s'oriente vers un autre type de contraception parce que le but ça reste quand même de pas tomber enceinte, d'éviter l'IVG si c'est possible quoi, donc que ça soit accessible. La pilule l'avantage c'est que c'est accessible dans la journée quoi. Même si je posais le DIU il faut quand même prévoir un deuxième RDV donc y a un intervalle. L'urgence elle est relative hein. Mais ouais y a toujours je trouve ce côté un peu... La contraception c'est pas que médical, c'est sociétal quand même dans cette histoire. Donc on essaie de la rendre accessible facilement. En ne prenant pas de risque non plus. Fin pas de risque inutile, y a pas toujours un petit risque. Mais que ça soit pas disproportionné quoi. Mais le bénéfice/risque il est impossible à juger moi je trouve, le bénéfice il est personnel, il est sociétal, il est lié à la qualité de vie quoi. Du coup l'ordre dans lequel je propose... bah je vais présenter ce qui existe, on va voir un peu ce qui ressort après dans l'échange. Moi je m'en fiche en fait, c'est pas mon problème direct en fait, je vais présenter ce qui existe après chacun choisit. Mais ça dans la pratique des faits c'est moins accessible le stérilet ou l'implant

- Par rapport au délai?
- Oui, du fait qu'il faille prendre un autre RDV. C'est moi accessible y a moins de gens qui le font. La pilule, n'importe quel généraliste va pouvoir la prescrire, n'importe quelle SF, gynéco. C'est plus facile. Fin plus accessible quoi. L'implant et le stérilet c'est pas très compliqué non plus mais c'est moins accessible quoi.
- Et donc une patiente qui n'a jamais eu d'enfant ça ne vous pose pas de problème de parler du stérilet vous le faites en systématique?
- Oui.
- Et est-ce que vous parlez des préservatifs?
- Bin c'est le principal mode de protection des IST, ça reste dans les plus accessibles aussi on est d'accord, donc oui si on en parle. C'est pas le plus fiable non plus hein.
- Et est-ce que vous parlez de la contraception définitive?
- Ça peut arriver. Mais souvent c'est plus la vasectomie mais donc c'est plutôt dans les couples installés.
- Après il y a aussi la ligature tubaire
- Ouais ouais y a aussi ça, mais, fin du coup chez les femmes jeunes j'en parle pas. Non j'en parle très peu. Le dispositif ESSUR et tout on est un peu revenu dessus en plus.
- Et pareil le fait de pas en parler, c'est dû à quoi
- Pourquoi j'en parle pas? C'est vrai que j'en parle pas. J'en parle pas avec les femmes jeune parce que de toute façon ça sera à priori pas trop... c'est plutôt une demande personnelle dans ce cas là, une patiente de 25 ans, qui a pas d'enfants, on en parle pas en première intention. On pourrait hein, ça existe, ça sera pas fait en pratique, faudra attendre je sais pas quel âge, je sais pas en pratique ce qui se fait.
- Dans la législation on peut le faire à partir du moment où la patiente est majeure, avec le délai de 3 mois de réflexion obligatoire, après il y a beaucoup de praticiens qui ne le font pas chez les femmes jeunes.
- Une patiente de 20 ans qui se pointe chez un gynéco, je pense pas qu'il le fasse.

- Y en a, c'est vrai que c'est pas encore très répandu.
- J'ai eu l'histoire hein d'une femme qui était tombée enceinte sous implant , et qui est tombée enceinte sous stérilet, alors ça devient compliqué quand même. Pilule on peut se poser la question quand même, mais implant et stérilet à priori y a pas de problème d'observance. Donc là oui on peut se poser la question de on fait quoi. Mais c'est définitif à priori quoi.
- Et chez des patientes plus âgées ça vous arrive d'en parler spontanément?
- J'ai peu de patientes plus âgées, je dirais après 35 ans qui viennent pour de la contraception en fait. On a aussi je pense dans notre patientèle autour de 25 ans, bah y a l'ENS qui est à côté, voilà y a beaucoup de jeunes. Bon après 50 ans normalement ça se pose pas trop la question de la contraception. Là où ça se pose le plus la question c'est plus à partir de 35 ans. Bon à partir de 30 ans on propose moins d'œstroprogestatif surtout si y a du tabac, des facteurs de risque et tout ça. Donc c'est là où ça se pose le plus en fait. Mais ça j'ai moins fréquemment la demande. J'en parle pas beaucoup. Mais après si on m'en parle j'en discute, et j'oriente chez le gynéco parce qu'après c'est la personne qui fera le geste qui en discutera quoi.
- Et avec une patiente jeune qui en parle vous acceptez d'en discuter?
- Ouais. Mais c'est pas moi qui aura la main en définitive. Mais... c'est définitif. C'est son principal inconvénient. Si c'était pas le cas je pense que ça serait choisi par beaucoup mais... et ça serait fait plus facilement. Et puis c'est une intervention chirurgicale quand même. C'est moins accessible, encore.
- Est-ce que quand vous faites des contraceptions de pilule vous parlez en systématique de la contraception d'urgence?
- Je parle des règles en cas d'oubli, on l'imprime à chaque fois, mais par contre je le prescris pas sur l'ordonnance. Si y a un oubli de plus de 12h dans les 5 jours qui ... je sais même plus ce qu'on a marqué sur le truc, 5 jours qui précèdent 7 jours qui suivent... ou l'inverse je sais plus...
- Normalement c'est 5 jours qui précèdent 7 jours qui suivent.
- Voilà. Fin normalement dans les 7 jours qui suivent c'est plutôt qu'on utilise un autre mode de contraception, des préservatifs quoi. Mais 5 jours qui précèdent... on pas pas revenir dessus il faut prendre une contraception d'urgence. Donc j'en parle oui dans ce cas là, je le mets écrit.
- Et en contraception d'urgence vous parlez de la pilule et du stérilet au cuivre?
- Je parle que de la pilule. Je parle pas du stérilet au cuivre. Effectivement je sais que ça existe, je sais plus dans les délais.
- En fait, le délai justement pour le stérilet au cuivre est plus important quand la pilule c'est trop tard pour la prendre, le stérilet au cuivre c'est jusqu'à 5 jours jusqu'à l'oubli. Et pareil ça c'est que vous vous n'avez pas l'information par rapport à ça?
- Ah si je sais que ça existe, je sais que c'est possible... je sais pas si y en a tant qui se lanceraient dans l'aventure chez les gynécologues, même chez les sage-femmes, de poser un stérilet au cuivre dans cette indication là. C'est-à-dire que si on pose une contraception de longue durée dans l'urgence... je trouve

que c'est particulier comme concept quoi. Sans avoir discuté du rapport à ce type de contraception là. Parce qu'à priori on va pas poser un stérilet pour le retirer une semaine plus tard. Et puis faut qu'elle passe à la pharmacie, fin du coup faut faire une première consultation... je trouve que du côté organisationnel c'est pas évident quand même. Peut-être à l'hôpital si y a des DIU qui sont disponibles sous la main ça peut se faire mais en consultation même pour un gynéco ça veut dire qu'il faut qu'il voit la patiente en consultation rapidement -ou la sage-femme, peu importe- faut voir la patiente rapidement, et le prescrire, et la revoir encore plus rapidement quoi. Grosse organisation.

- Ça vous paraît trop compliqué?
- Ça me paraît compliqué. En termes d'organisation je parle. C'est sur que si on avait un stérilet là dans le tiroir on se dit allez on le pose ouais ça se fait. Mais sinon plutôt compliqué en termes d'organisation quoi. Et derrière ça implique que c'est une contraception, si tout se passe bien, qu'on garde 3 à 5 ans quoi. Mais je sais que ça existe effectivement, mais j'en parle pas.
- Est-ce que vous parlez de l'IVG sur des consultations de contraception?
- Non, pas trop. Sauf si la question se pose en fait. L'IVG se pose quand y a une grossesse. On parle plutôt du risque de grossesse dans la contraception. Fin le risque... si c'est un risque. A priori si on tombe enceinte et qu'on a une contraception c'est que ça s'est pas bien passé. C'est pas choisi en tout cas. Donc je parle plutôt du risque de grossesse que quoi faire si y a une grossesse, fin voilà si y a une grossesse qu'est-ce qu'on fait quoi. Donc non je parle pas trop de l'IVG. Fin je parle de l'IVG si les patientes viennent parce qu'elles sont enceintes et que c'est une grossesse non désirée. Mais pas dans la consultation de contraception.
- Qu'est-ce qui pour vous est une consultation de contraception idéale?
- Que ça soit un motif dédié. Parce que le problème en médecine générale on peut traiter de tous les domaines donc ça peut être je viens parler de ça, de ça, de ça, j'ai le vaccin à faire des 25 ans, je viens pour parler de la contraception, et puis en fait la contraception ça vient après parce que j'ai aussi mal à la cheville, et puis j'ai besoin du certificat de sport... c'est pas une consultation idéale. Parce qu'en fait on a des consultations de 20 min et déjà 20 min si on veut faire une consultation idéale de contraception c'est court, si on veut vraiment parler de tout quoi. Ouais idéal, c'est que ça soit un motif dédié, que ça soit une consultation un peu ouverte, qu'on puisse discuter un peu des choses. Et puis que y ait une contraception qui se fasse à peu près correctement en face. Dans la maîtrise de la langue parce que y a pas mal de fois où bah c'est un public précaire de l'étranger qui parle pas bien, c'est hyper compliqué de parler de contraception, c'est là où c'est peut-être le plus utile, mais c'est hyper compliqué de parler des avantages et des inconvénients de chaque contraception quoi, si y a pas une bonne maîtrise du langage. Donc ouais l'idéal c'est d'avoir un peu de temps, donc que ça soit un motif dédié, et que y ait une compréhension qui soit bien en face. Et qu'il y ait une confiance.
- Et dans le sens inverse?
- C'est-à-dire?
- Une consultation qui pour vous serait... où vous sortiriez en vous disant « ça c'est une consultation nulle » quoi

- Bah si c'est du coin de table, ok mais faut qu'on se revoit en fait, mais ok pour le faire pour 1 mois, 2 mois ou 3 mois, parce qu'on va pas être en rupture de contraception parce que c'est dommage, mais faut faire mieux que ça quoi. Donc le temps je dirais. Et puis... après je sais pas si c'est nul, après y a des gens qui sont fixés sur un mode de contraception, il veulent pas entendre parler du reste. Je sais pas si c'est bien ou pas bien, c'est pas hyper satisfaisant pour le professionnel parce qu'on a envie qu'ils soient informés de tout. Après s'ils sont pas informés, c'est pas forcément très grave non plus si c'est un mode de contraception qui leur va quoi. Puis ça peut être moins satisfaisant, si c'est une pilule particulièrement, que y déjà eu un certain nombre de grossesses non désirées, d'IVG parce que ya des oublis, des erreurs de prises ou des choses comme ça et que y a aucune désir d'écoute de ce qui peut exister d'autre ouais c'est pas très satisfaisant non plus, forcément. C'est-ce qui me vient à l'esprit en tout cas là tout de suite comme ça.
- Est-ce que vous diriez qu'il y a des facteurs de la patiente qui vous ferait avoir une attitude plutôt qu'une autre?
- Je pense les conditions socio-économiques hein. On va parler plus facilement... des contraceptions moins fréquentes avec des patientes qui se sont déjà renseignées en fait quoi, qui comprennent bien ce qu'on leur raconte, qui se sont déjà renseignées et avec qui on peut discuter, avec qui c'est à peu près fluide quoi. Je pense qu'effectivement je pense que les conditions... socio-économiques c'est peut-être pas le bon terme, mais la capacité de compréhension, je pense que ça détermine pas mal de choses dans ce qu'on va, dans le discours qu'on va adapter quoi. Plus c'est compliqué à expliquer, plus on va être simple, moins on va proposer des choses différentes. Je pense. En vrai. Y a sûrement un bémol sur l'implant parce que l'implant c'est des fois un peu le parent pauvre de la contraception pour éviter vraiment la grossesse dans les milieux psychiatriques, dans les milieux éducatifs compliqués... parce que personne n'est réticent à poser l'implant, parce que y a pas de sur-risque pour les IST, contrairement à des DIU on aime pas trop quand y a des corps étrangers des choses comme ça. Parce que c'est pas très compliqué à poser, parce que ça peut être posé à n'importe quel âge, sans aucune restriction. Voilà.
- Donc par exemple vous allez plutôt parler de l'implant à des patientes qui ont un niveau socio-économique un peu moins élevé?
- Effectivement quand ya difficulté d'observance, je sais pas si y a de la toxicomanie des choses comme ça, la pilule ça paraît pas un mode de contraception très fiable parce qu'elle est pas observante. Donc on va parler plus facilement de l'implant.
- Est-ce que vous avez des situations où vous vous dites qu'il vous manque des éléments, ou vous avez l'impression de manquer de formation, de pas réussir à... où vous vous dites là y a un manque, y a quelque chose qui me manque pour prendre en charge de façon optimale?
- On connaît jamais tout je crois. Donc toujours un petit manque, forcément. On est pas spécialisé en plus, donc on fait pas que ça, on fait pleins de trucs, donc forcément on connaît pas tout. Faut faire avec. Ouais il peut y avoir un manque sur le... je crois que là ou y a le plus de manque en fait c'est sur la contraception œstroprogestative parce que c'est-celle qui augmente le plus le risque thromboembolique en fait, sur lequel y a le plus de risque. Et où les attitudes sont pas toujours hyper claires finalement. Même sur une micro-progestative pure, sur des patientes qui ont déjà fait une embolie pulmonaire, un phlébite, l'œstro-progestative ça se discute pas mais la micro-progestative normalement c'est possible. Pas en aigu mais après l'épisode, si y a des mutation hétérozygotes de

Leiden ou des choses comme ça, s'il a des FDR familiaux, si y a des tabac, si y a des IMC > 25, 26, 27 voire 30... ça peut être compliqué si les patientes elles sont habituées à avoir un mode de contraception œstroprogestative ça peut être compliqué de switcher, de proposer autre chose.

- Est-ce que vous vous dites qu'il y a des choses que vous souhaiteriez faire différemment dans votre prise en charge?
- Ah on essaie de bien travailler, on essaie... qu'est-ce que je voudrais faire différemment?... franchement je saurais pas quoi répondre à cette question
- Vous avez le droit de me dire rien
- C'est difficile de dire rien, parce que forcément on fait pas tout parfaitement. Et puis des fois le contact il passe pas avec certaines ou certains d'ailleurs aussi. Et c'est comme ça, on voit bien qu'il y a quelque chose qui se passe pas bien dans la consultation mais parce que c'est des fois de l'interpersonnel pur, ça vient pas des compétences professionnelles. Donc des fois c'est pas satisfaisant. Donc non on fait pas tout parfaitement ouais. Des fois c'est de la télé-consultation, des fois c'est du bord de table, donc pour revenir sur la question de tout à l'heure sur la consultation un peu idéale quoi. Elle est rarement idéale, la consultation. Si j'avais les clés pour changer pour que toutes les consultations soient des consultations idéales je le ferais hein. Je sais pas quoi dire de plus. *rires*
- Moi j'ai abordé tous les points auxquels je pensais, est-ce que vous vous pensez à des points qui sont... des fois je suis pas forcément exhaustive, donc si vous avez des choses à rajouter sur la contraception
- Bah dernièrement, c'est un peu moins à la mode maintenant, mais y a eu pas mal de questionnement sur la contraception masculine. Hors vasectomie, parce que ça pour le coup c'est bien étayé par la littérature. Mais on a un peu été embêtés je trouve en temps de médecins, en temps de professionnels de Santé pas forcément médecin je suppose, mais sur cette contraction masculine thermique, y a une efficacité mais qui n'est pas étayée par des études.
- Vous avez eu des demandes par rapport à ça?
- Ouais des hommes qui demandent... ça existe. Le problème c'est que nous normalement on est censés être sur de l'Evidence Based Medecine donc basée sur des preuves. Et que nous on est pas censés faire de la recherche clinique, en tout cas hors...hors protocole d'étude quoi. Et que en fait finalement prescrire un truc qui n'a pas d'indication, pas d'étude très bien... y en a quelques unes mais pas beaucoup, j'ai pas fait le tour de la littérature. Donc je les ai plutôt envoyés chez des spécialistes, chez l'urologue avec du coup soit des fins de non recevoir je le gère pas soit des ok on va faire ensemble. Moi je sais pas très bien interpréter un spermogramme et tout ça derrière dans le suivi de la contraception, je veux pas le faire c'est pas mon rôle, on a pas forcément un recul dingue sur une innocuité de la contraception masculine à très long terme non plus. C'est un peu compliqué je trouve. Donc ouais ça ça peut être des difficultés qu'on a. Et puis on sait très bien que si c'est pas étudié c'est parce que ya pas d'argent. Fin les laboratoires ils s'en fichent. Forcément ils étudient leurs médicaments sur lesquels ils vont faire de l'argent, et peut-être qu'il pourrait y avoir des producteurs de dispositifs médicaux qui pourraient se faire un peu d'argent mais je doute un peu du truc quoi. Donc c'est des études, il faut qu'elles soient menées par le publique, mais on peut pas faire des études cliniques là ici comme ça quoi.
- Donc dans ce cas là vous redirigez vers un urologue?

- Oui mais là du coup c'est pas très satisfaisant. C'est pas très satisfaisant parce qu'on est en tension entre des demandes sociétales et un impératif professionnel. Donc c'est... voilà et du coup l'impératif professionnel, il se tend entre une nécessité de proposer des choses qui soient étayées par des preuves et ne pas laisser les gens faire tout seuls dans leur coin des trucs.
- Et vous avez eu des retours des patients que vous aviez réorientés?
- Y en a qui ont laissé tomber parce que l'urologue voulait pas faire, y en a qui font tout seul dans leur coin, et y en a qui ont été un peu accompagnés par l'urologue mais pas beaucoup de retours francs quoi. Moi je fais un courrier. Je les oriente. Je sais que ça existe, probablement ça marche, probablement ça semble pas très dangereux, à moyen terme, à court terme. Parce qu'on est sur du bénéfice/risque où il y a peut-être... je sais pas... des risques?
- Pour vous c'est des études qu'il vous manquerait par rapport à ça pour vous dire que vous pouvez le prescrire en toute sécurité en étant à l'aise avec ça?
- Oui, bah sur quel critère on se base sur le spermogramme pour dire qu'il n'y a pas de risque de grossesse, fin que le risque de grossesse il est acceptable. Je suppose que le risque 0 il existe jamais. Sur la durée optimale de portage pour être sûrs que ça fonctionne. Et le suivi. Et la réversibilité et l'absence de sur-risque d'autres pathologies. On peut tout imaginer, tant qu'on a pas fait des études, est-ce qu'il peut y avoir un sur-risque de torsion testiculaire, de cancer du testicule, de non retour de la fertilité... c'est difficile, à priori c'est pas le cas, mais est-ce que c'est certains, tant qu'on a pas fait les études c'est compliqué je trouve. Et qui est-ce qui aura la responsabilité, parce que c'est pas quelque chose, fin c'est compliqué aussi quoi. On peut pas prescrire un médicament qui a pas été approuvé. Est-ce qu'on peut prescrire un dispositif qui a pas été approuvé, je trouve que c'est compliqué. Voilà concernant la contraception, parce qu'on tend un peu vers ça quoi. Après il y a certains qui font... y a eu des trucs dans le grand public en France et tout ça sur des injections de testostérone et d'autres choses. Mais ça j'ai pas la connaissance, je le ferai pas, je sais pas si y en a d'autres qui le feront, je ne sais même pas si ça a l'AMM... fin voilà.
- Et bah merci beaucoup
- Avec plaisir

H.H

- Est-ce que tu peux commencer un peu par me décrire ton parcours, ce qui t'a mené à être sage-femme aujourd'hui?
- Donc du coup je suis sage-femme depuis 2018, ça commence à faire maintenant *rires*. J'ai fait mes études sur Clermont-Ferrand, tout mon cursus là-bas, fac de médecine et école. Je suis principalement restée dans mes stages en Auvergne, et je suis originaire de Roanne donc j'ai aussi fait des stages dans la Loire. Après mon diplôme j'ai exercé en libéral, j'ai fait un remplacement en libéral parce que ça m'a toujours un peu plu le libéral. Je savais que dans ma carrière professionnelle je serai amenée à faire du libéral, peut être pas tout de suite en sortie de diplôme mais je savais que j'allais pas finir ma carrière sur l'hospitalier, même si j'aime l'hospitalier hein, les accouchements tout ça, la dynamique aussi mais le confort de vie aussi en libéral est quand même mieux. Et puis aussi en sortie d'école nous on avait pas forcément de l'emploi tout de suite. On était dans une promotion où y avait très peu d'emploi dès qu'on était diplômées donc bin la dernière option c'était le libéral du coup. Mais finalement moi ça m'avait bien convenu. Et après je suis partie... moi j'étais chez mes parents, je suis revenue chez mes parents après le diplôme, dans une petite maternité de niveau 1. Et après je suis partie à Mayotte 1 an. Là-bas on fait beaucoup de choses, on apprend beaucoup de choses. Je suis revenue ici après, après confinement, en tant que remplaçante, et ça fait donc 2 ans que je suis là. En tant que collaboratrice.
- Et donc après Mayotte tu n'as pas refait d'hospitalier?
- Ah si si, j'ai fait 2 mois à la maternité où j'avais été avant Mayotte, de niveau 1, et après mois j'avais le projet de repartir, avant covid, sur la Réunion et puis ça s'est pas fait parce qu'il y a eu le covid. Voilà. Et donc je suis revenue sur Lyon faire un remplacement sur Lyon et après elle voulaient me garder *rires* donc je suis restée.
- Et sage-femme est-ce que c'était ton choix d'officie, ou tu souhaitais médecine au départ?
- Non non sage-femme c'était mon choix d'office, je sais que quand je suis rentrée en fac de médecine que c'était ça que je voulais faire et rien d'autre. Et ça c'est depuis... depuis la fin du collège je dirais. J'ai toujours voulu faire ça. C'est aussi mon histoire familiale aussi, après les années on cherche un peu pourquoi on devient sage-femme En fait ma maman elle a perdu un bébé entre moi et mon frère, et je pense que ça a joué dans mon parcours, et le fait d'aider les autres, les mamans en particulier dans ce moment si particulier de la vie ça m'a donné envie de faire ça.
- Et dans ta famille, ton entourage, il y a des personnes dans le monde médical?
- Non, pas du tout, je suis la seule.
- En dehors de la formation initiale de sage-femme est-ce que tu as fait d'autres formations?
- Bah là récemment j'ai fait une formation IVG avec une autre collègue, on a pas encore fait le stage pratique mais ça devrait pas tarder. Et après oui j'ai envie de faire, faut que je m'inscrive au DU d'acupuncture. C'est dans les projets. Et j'ai fait des petites formations mais comme ça.

- Est-ce que tu peux me dire ce qui est selon toi les aspects positifs et négatifs de ton métier?
- Le positif c'est que c'est un métier quand même qui demande une certaine humanité, où c'est quand même glorifiant parce que quand on apporte de l'aide aux personnes, quand elles sont en situation de difficulté, ou tout simplement quand c'est leur 1er enfant, leur expliquer comment ça va se passer, les rassurer sur certains points, je trouve que c'est gratifiant d'aider les mamans ou les femmes du début jusqu'à la fin. C'est vrai que dans le libéral on a cet aspect là de croiser des patientes qui sont jeunes jusqu'à la ménopause et même après des fois, c'est assez varié, on s'ennuie jamais en fait, c'est le côté positif du métier. On apprend toujours, on apprend tous les jours et c'est ça qui fait qu'on s'ennuie jamais, et la passion du métier en fait. Je pense que si on fait ce métier là c'est qu'on est déjà passionnées en fait quelque part, d'apporter de l'aide aux personnes, c'est ça qui est bien. Après le côté négatif c'est que du coup faut pas se laisser trop non plus envahir par les émotions, par les différentes histoires de vie de chaque patiente, des fois on entend des choses qui sont aussi très difficiles. Des cas où des fois bin on ne sait pas quoi faire. A notre petite échelle c'est difficile de laisser partir des personnes qui sont en situation précaire, ou de violence, c'est ça qui est le côté négatif. A notre petite échelle, des fois c'est compliqué. Et puis au niveau émotionnel, de ramener ça aussi à la maison, il faut être armé aussi émotionnellement. Et négatif aussi on est pas assez reconnus, on fait beaucoup de choses, on a beaucoup de facettes et beaucoup de compétences mais c'est vrai qu'en France on est pas assez reconnus sur ce qu'on fait. On nous dit souvent « heureusement que vous êtes là parce que sans vous on aurait pas accès aussi facilement à un suivi gynéco, à une contraception », et puis bin c'est vrai que nous on aimerait bien que ça soit mieux reconnu, mieux entendu. Parce que c'est vrai qu'on nous laisse faire beaucoup de choses des IVG, les IVG chirurgicales, après ça sera d'autres choses sur l'examen du nouveau né, des choses peut-être un peu plus spécifiques dessus donc c'est vrai que ça serait bien qu'on soit un petit peu mieux reconnus, au niveau du salaire aussi *rires*. Ça va avec hein, voilà. Mais ça viendra un jour, on croise les doigts.
- Est-ce que tu penses à des choses, professionnelles ou personnelles, qui impactent ta façon de travailler?
- Oui, je pense que les histoires de vie ça compte aussi un petit peu dans notre métier, dans notre façon de faire, de voir les choses et d'appréhender les choses. Moi comme je t'ai dit voilà j'ai fait ce métier là parce que j'ai eu un parcours difficile dans ma famille et je pense que c'est le côté aussi empathique qui joue beaucoup dans mon métier et avec les personnes. Et oui émotionnellement ça implique beaucoup quand même. Donc je pense qu'il faut avoir une part d'humanité dans notre métier et sinon on fait pas ce métier. Je pense qu'on est dictés par ce qu'on nous apprend à l'école, bah nous on a la chance aussi d'avoir des étudiants donc on voit comment sont formées les différentes étudiantes et on voit que chaque école n'a pas la même façon d'enseigner. Elles font qu'on pratique certaines choses, qu'on fait certaines choses, qu'on est au point sur certaines choses plus qu'une autre école. Ça joue beaucoup, notre parcours scolaire.
- Dans ce cabinet du coup vous êtes 3 sages-femmes c'est ça?
- 4 sages-femmes
- Et vous travaillez en collaboration, est-ce que vous avez chacune vos patientes?
- Alors il y a une titulaire du cabinet, et on est 3 collaboratrices. Donc on a nos patientes, mais aussi on est amenées à se partager les patientes quand par exemple on a pas de disponibilités, voilà on est assez

flexibles en fait. Le logiciel qu'on a est partagé donc on a accès au dossier de toutes les patientes quelque soit la collègue. C'est ça qui est bien parce qu'on partage beaucoup choses, on est pas sectaires dans notre coin, chacune de son côté, on est une équipe quoi.

- Et avec le Dr X. vous travaillez aussi en collaboration?
- Oui oui, c'est vrai que quand on a besoin d'un médecin gynécologue c'est vers lui qu'on se tourne, on peut orienter la patiente parce que des fois les délais des gynéco c'est quand même assez long. Et là du coup on a la chance d'avoir accès à son planning et de mettre un avis, ou de lui poser une question, donc c'est vrai que c'est vraiment appréciable d'avoir ça. Et en plus on a des collègues échographistes aussi, sages-femmes échographistes, donc on est vraiment complémentaires ici. On a besoin d'un avis échographique, on envoie vers les collègues. On s'envoie mutuellement des patientes *rires*
- Oui ça permet d'avoir un suivi complet sans que la patiente ait besoin d'aller courir
- Oui exactement!
- Et du coup la prise de RDV ça se passe comment?
- Elles prennent RDV par Doctolib, ou via le secrétariat à distance mais maintenant c'est plus sur internet quand même, avec l'application c'est facile.
- Et est-ce que tu fais toutes tes consultations en présentiel, ou est-ce que tu fais aussi des télé-consultations?
- Moi je ne fais pas de télé-consultation, je fais tout en présentiel... je suis en train de réfléchir mais j'en ai jamais fait encore des télé-consultations. Ou alors c'est par téléphone et on cote comme une consultation des fois quand ça dure un peu longtemps, qu'on a fait des prescriptions. Mais sinon télé-consultations visuelles non.
- Et du coup au téléphone, est-ce que c'est des patientes que tu connais?
- Oui, qui me contactent pour des renouvellements.
- Ça t'arrive de le faire avec des patientes que tu ne connais pas?
- Non, seulement si je les ai déjà vues une première fois.
- Et au niveau du temps de consultation est-ce que tu as le même créneau pour toutes les consultations ou est-ce qu'en fonction du motif de consultation tu le sais à l'avance et il y a un temps différent?
- Il y a un temps différent en fonction du motif de consultation. Classiquement c'est 30 minutes pour une consultation gynéco classique. Et par contre pour les petites jeunes, les mineures, moi j'aime bien avoir 1h parce que comme ça vu que c'est leur première fois, c'est la première fois qu'elles rencontrent un professionnel au niveau gynécologique j'aime bien avoir plus de temps comme ça on explique bien tout, pas que la contraception mais tout ce qu'il y a autour de la sexualité aussi, la prévention des IST, on fait un peu le général de tout. Oui j'aime bien tout faire. Moi j'aime bien faire plus.
- Et parce que du coup tu sais à l'avance, il y a un motif particulier pour les mineures?

- Oui, oui
- Et du coup ça se passe comment, elles peuvent venir seules, elles doivent être accompagnées?
- Non elles n'ont pas besoin d'être accompagnées, elles peuvent venir seules. La plupart du temps elles sont avec leur maman, ou un membre de leur famille, mais elles ont le choix, soit elles viennent toutes seules, soit elle veulent venir avec leur maman, où à un moment donné pour les antécédents médicaux par exemple elle savent pas trop par exemple donc on pose la question à la maman, mais sinon elle peut venir un petit moment la maman et après sortir pour poser des questions un petit peu plus intimes sur les rapport sexuels, si elle fume ou pas, ces choses un peu taboues qu'on a pas envie de dire devant les parents. C'est plus... on fait à la carte en fait, en fonction de ce que veut la patiente.
- Et au niveau du type de patientèle que tu as, la part de mineur c'est une part importante? Est-ce que tu as surtout des patientes jeunes ou aussi des patientes âgées?
- On a surtout des patientes jeunes, on a de plus en plus des petites jeunes parce qu'en fait vu que maintenant les gynécos y a très peu de place et qu'on commence un petit peu à savoir que les sage-femmes font les suivis gynécos, même pour les mineures donc on en a un petit peu quand même. Un petit peu plus maintenant. On va dire que la tranche d'âge entre 25 et 40 ans
- Tu as moins de patientes âgées que tu suis par exemple pour la ménopause tout ça?
- Un petit peu moins. Mais on en a quand même oui oui. Parce que c'est de la génération où elles ont encore un gynéco donc du coup elles viennent parce que leur gynéco part à la retraite et qu'elles retrouvent personne et du coup on récupère la patientèle à ce moment-là.
- Est-ce que tu as une patiente régulière ou ponctuelle?
- Plutôt régulière. Elles viennent quasiment chaque année ou voire tous les 2 ans maximum. Celles qui sont pas venues depuis un moment c'est celles que je n'ai jamais vues auparavant et elles n'ont pas fait de suivi depuis un petit moment et du coup il faut faire tout le check up complet mais globalement elles viennent tous les ans.
- Et au niveau de la catégorie socioprofessionnelle? Du coup avec les jeunes j'imagine que tu as beaucoup d'étudiantes mais sinon est-ce que tu as l'impression de suivre une catégorie de patientes prédominante? Est-ce que tu suis par exemple des patientes CMU?
- Je dirais qu'on a moitié/moitié. Ouais. On est dans une localisation où on a beaucoup de population maghrébine, arménienne. Après plus une catégorie socioprofessionnelle, un peu plus élevée, classe moyenne je dirais. Mais on a quand même des CMU, des AME aussi ça arrive.
- Est-ce que tu as un ou plusieurs motif de consultation dominant?
- La gynécologie. C'est le plus prononcé, pour les frottis, souvent elles viennent pour faire les frottis. Et après contraception, maintenant il y en a de plus en plus qui veulent changer de contraception, mettre une contraception. Donc oui je dirais que le plus prédominant c'est la gynécologie.

- Et par rapport à la partie obstétricale tu dirais que ça représente combien de pourcentage de gynécologie à peu près?
- Doctolib pourrait le dire *rires*. Je dirais que c'est autant grossesse que gynéco, et après on a une partie prépa accouchement et de la rééduc aussi. Et après on a du domicile, retour à la maison, monito.
- Donc la gynéco c'est à peu près la moitié?
- Oui, voilà
- Est-ce que tu pourrais me décrire un peu une consultation de contraception, en commençant par m'expliquer pour toi quand une patiente vient pour une consultation de contraception, quels sont les enjeux de cette consultation selon toi?
- Alors quand elles viennent ,pour une contraception, moi d'abord j'aime bien faire le listing des antécédents médicaux comme ça déjà on a le visu sur ce qu'on peut prescrire ou pas, ce qu'on peut proposer en terme de contraception ou pas, s'il y a des contre-indications particulières. Et ensuite c'est en fonction du ressenti de la patiente, ce qu'elle connaît déjà, si elle connaît plusieurs types de contraception, si elle a déjà essayé plusieurs types de contraception. Et si elle n'a jamais eu de contraception, que c'est la première fois, bah moi je fais tout le listing. Je présente toutes les contraceptions comme ça elles ont un aperçu de tout ce qui est possible. Et après, elles font leur propre choix en fonction de ce que je leur ai proposé. Des fois je leur dis bah si vous voulez vous pouvez réfléchir sur ce qu'on a dit sur toutes les contraceptions, souvent je leur laisse une petite plaquette avec toutes les contraceptions, et si elles veulent un peu plus réfléchir à la maison et après reprendre RDV derrière quand elle se sont décidées, ou alors elles savent déjà ce qu'elles veulent et je leur prescris ce qui leur faut. Et si c'est pour un changement de contraception généralement là elles savent ce qu'elles veulent du coup. Elles sont passées par la pilule et elles veulent passer au stérilet, du coup on explique un peu plus le stérilet. Moi c'est vraiment à la carte en fait. Mais vraiment le mot principal c'est-ce que veut la patiente, en fonction de son mode de vie, de ses besoins, ce dont elle a plus envie que moins, et aussi faire la balance entre les bénéfices et les risques, et les effets secondaires aussi. De toute façon c'est un petit peu de la cuisine la contraception, il faut trouver ce qui leur convient. Après je leur dis que c'est pas irréversible, qu'on peut changer à tout moment, que si à un moment ça plaît plus on pourra changer. Et leur dire ça des fois ça leur dit bah oui effectivement je reste pas sur quelque chose pendant un long moment, et que si ça va pas je laisse pas trainer quoi.
- Et tu disais si elle a une idée tu vas partir plutôt sur ça, par exemple une patiente qui te dirait moi je pars plutôt sur une pilule, un stérilet, peu importe, tu parles quand même des autres contraceptions qui existent ou pas forcément?
- Oui. Des fois ça m'arrive quand même de partir sur autre chose, quand elles me disent par exemple moi j'aimerais bien stérilet au cuivre parce que j'ai envie d'essayer sans hormones mais elle me dit j'ai des règles abondantes et douloureuses... bah là du coup je lui explique que ça fait partie des effets secondaires du stérilet, ça va venir encore plus ces symptômes qu'elle a déjà. Donc je peux essayer d'orienter sur quelque chose qui pourrait mieux aller par rapport à ces cycles. On discute, elle réfléchit ce qui est le mieux pour elle. Après je ne force pas, si vraiment elle veut essayer le cuivre, malgré qu'elle va avoir des règles un petit peu plus abondantes, on essaie. Voilà on essaie, elle se rend compte que ça n'est pas ça qui

lui faut et on passe à autre chose tout simplement. Mais c'est vrai qu'on essaie d'orienter en fonction du bien-être de la patiente. En fonction des contre-indications aussi. Parce qu'avant tout c'est la santé, et faire attention aux effets secondaires, aux contre-indications au niveau médical.

- Et quand tu me dis une patiente qui n'a pas du tout d'idée tu lui présentes tout, et ce que tu peux me dire de quelles contraceptions tu lui parles et s'il y a un ordre dans lequel tu les exposes ou pas forcément?
- Pas forcément, c'est en fonction du moment précis, de la journée. Mais en fait on a une petite plaquette qui est pas mal faite et en fait on a toutes les contraceptions dessus. Du coup je fais en fonction de la plaquette en fait. Donc souvent je parle en premier de la pilule parce que c'est celle qu'on connaît le plus. Mais du coup quand on dit qu'il y a différents types de pilule, 2 types de pilules elles savent pas forcément qu'il y a 2 types de pilule. Pour elles le plus souvent c'est la pilule avec les règles, et la progestative elles en savent pas grand chose finalement. Et en fait d'exposer toutes les contraceptions, bah elles se disent ah bah finalement en fait moi mes règles j'ai pas envie de les avoir, voilà on peut partir sur quelque chose sans règles quoi. Donc c'est vrai que des fois je fais pilule, je pars sur l'implant, je parle aussi des méthodes qui sont pas remboursées parce que même si la plupart du temps les patientes prennent des choses qui sont remboursées par la sécu + la mutuelle, y en a certaines qui quand elles ont essayé un petit peu - tout c'est à dire la pilule, l'implant et le stérilet - il reste les méthodes pas remboursées qu'on peut essayer. Voilà je leur dis combien ça coûte, comme ça elles se disent à peu près combien de budget elles peuvent avoir pour leur contraception. Et c'est vrai que la plupart du temps la mutuelle rembourse du coup ça prend une petite partie en charge. Donc voilà j'explique quand même comment ça fonctionne, même si la majorité du temps elles le prennent pas parce qu'elles sont pas remboursées ou qu'elles sont pas adeptes du tout.
- Et les injectables tu en parles, ça t'arrive d'en prescrire?
- J'en parle parce que c'est sur la plaquette mais vu que c'est quelque chose qui n'est pas forcément répandu en France c'est vrai que j'ai un peu plus de mal à le proposer du coup. Mais oui c'est vrai qu'on pourrait le proposer un peu plus. Mais c'est vrai que dans la pratique et quand on a été formé on en parle quasiment pas. Donc c'est vrai que j'ai pas cet instinct là d'en parler.
- Est-ce que quand tu présentes la contraception tu as d'autres outils, tu fais des schémas, comment tu fonctionnes?
- Oui du coup quand on parle du stérilet y a une petite plaquette avec l'utérus, donc je leur montre où est-ce qu'il est positionné, où on le passe pour le mettre, comment ça se passe la pose, et on a aussi des petits modèles taille réelle comme ça ça permet de se rendre compte bah à quoi ça ressemble, la taille, comme ça elles s'imaginent pas que c'est quelque chose d'énorme, qu'elles vont le sentir et que ça va être horrible. Ça leur permet d'avoir un visuel dessus et d'avoir moins peur. On a d'autres plaquettes aussi qu'on leur laisse, et en fait qui retrace tous les moyens de contraception et aussi l'efficacité. Donc ça c'est quelque chose quand même d'essentiel dans la contraception, dans le choix. Ça rappelle l'efficacité réelle et optimale. Donc ça pèse aussi sur le choix.
- Et est-ce que sur une patiente qui consulte pour un autre motif tu poses la question de la contraception?

- Oui. On refait toujours le point sur la contraception. Même si elle en a pas, je leur re-pose toujours la question si ça leur convient par exemple d'utiliser un préservatif masculin, si elle souhaite pas quelque chose d'autre. C'est vrai que de la voir tous les ans ça permet de savoir si les besoins évoluent et si en fonction de leur cycles menstruels si ça change pas en fait. Les cycles peuvent changer donc les besoins peuvent changer aussi en fonction. Et puis en fonction des partenaires, si elles ont plus de partenaire, aussi. Donc on refait un rappel sur les infections sexuellement transmissibles. Moi je suis très carrée sur ça. Les IST c'est vraiment quelque chose où il faut faire très très attention et je n'hésite pas vraiment quel que soit l'âge. Vraiment jusqu'à 50 ans c'est vraiment le même discours pour tout le monde.
- En parlant d'âge, est-ce qu'il y a des facteurs des patientes qui vont faire que tu vas insister sur une contraception plutôt qu'une autre, est-ce que tu parles de toutes les contraceptions quel que soit l'âge, les facteurs de la patiente ou pas forcément?
- Oui. Quel que soit l'âge, je parle de tout. Vraiment de tout. Parce que c'est vrai qu'on est une génération maintenant, avant c'était la génération pilule, on prescrivait que ça en première intention et on proposait pas les autres moyens de contraception alors que maintenant il y a moins de tabous, notamment pour le stérilet, l'implant, et moi je trouve que c'est quand même bien de proposer tout. Parce que comme ça ça permet de choisir vraiment celle qui lui correspond le mieux. Pas dictée en fonction du modèle socio-culturel, ou parce que sa maman a pris la pilule très jeune et qu'il faut faire comme ça aussi. Donc voilà je laisse vraiment le libre choix de la contraception. Mais c'est vrai que souvent les jeunes quand elles viennent c'est quand elles ont des règles hémorragiques, elles ont mal donc effectivement on va pas aller vers un stérilet au cuivre par exemple. On va éviter. Donc c'est vrai qu'on prescrit encore un peu plus de pilule quoi. Mais y en a qui veulent pas forcément la pilule, qui partent sur un implant par exemple. Ça fait moins peur qu'un stérilet, chez les jeunes, c'est-ce que nous dans notre pratique on a en tout cas.
- Et ça t'est déjà arrivé de poser des stérilets sur des mineurs ou chez des jeunes?
- Oui. Mineur... je suis en train de réfléchir... oui, 17 j'ai eu. 17-18 ça m'est arrivé. Et après entre 20 et 30 ans oui oui. Stérilet y en a de plus en plus. Y en a qui changent, qui ont essayé la pilule et qui se sont rendu compte que finalement c'était pas forcément le moyen de contraception qui leur allait. Et passent au stérilet du coup, sans problème. Parce que maintenant on véhicule l'information que ça peut-être posé chez les jeunes qui n'ont pas eu d'enfant donc du coup maintenant elles ont un peu moins peur. Parce que la copine a essayé, du coup elles veulent essayer et faire pareil, voir si ça leur convient.
- Est-ce que tu parles de la contraception définitive en systématique?
- C'est vrai que la contraception définitive, chez les jeunes, j'en parle pas forcément. Parce que je me dis bon, c'est est-ce pas... c'est pas à ce moment-là qu'on va proposer. Mais plus quand on a passé 35 ans, par exemple quand on a déjà eu des enfants, et qu'elles ont essayé pleins de contraception et que ça fonctionne pas, bin du coup je leur propose la contraception définitive. Que ça soit pour elle ou pour leur mari. Oui c'est abordé.
- Et par exemple une patiente plus jeune, même si tu n'en parles pas spontanément, si elle te pose des questions est-ce que ça te pose problème d'en discuter, d'aborder le sujet?

- Non, ça m'est déjà arrivé. C'est vrai que, on en a même parlé hier avec des collègues, maintenant on ressent qu'il y a une génération, les 30-35 ans, qui n'ont pas forcément les mêmes objectifs de vie que des années en arrière et ne veulent pas forcément d'enfants. Donc y a des femmes, les contraceptions qu'on propose elles ont tout essayé et ça fonctionne pas, elles peuvent poser la question de la contraception définitive. Mais bon c'est quand même rare, mais ça arrive. Ou des patientes aussi qui ont de l'endométriose, qui ont tout essayé, chez qui malheureusement c'est horrible chaque mois, c'est un calvaire pour elles, elles sont encore jeunes... qui veulent quand même essayer d'avoir recours à quelque chose pour les soulager qui peuvent poser des questions. Moi ça me pose pas de soucis parce que chacun est libre de faire ce qu'il veut de son corps, sous conditions d'avoir les bonnes informations, un consentement éclairé. Et de toute façon y a une période de 3 mois de délai pour être sûr de l'acte. Parce que quand même faut leur dire que c'est quelque chose de définitif. Même si on dit que c'est réversible, pas tant que ça quand même. Le retour à la fertilité après une ligature par exemple, c'est pas top quoi. Donc voilà faut bien leur expliquer que c'est quelque chose où elles pourront pas revenir en arrière quoi. C'est une décision assez réfléchie. Donc c'est vrai que oui on leur pose souvent la question « vous êtes sûre, est-ce que quand vous allez rencontrer quelqu'un vous allez est-ce changer d'avis ». Elles demandent aussi quels professionnels pourraient les accepter, étant donné leur jeune âge. C'est vrai qu'on a pas assez de recul sur ça, on a pas forcément une liste pré-établie des professionnels qui peuvent le faire. Nous, notre gynécologue à côté, il les reçoit, et il fait en fonction du projet de vie de la patiente et de sa vie actuelle aussi. Et il accepte ou pas de faire la ligature.
- Dans ce que tu me disais sur une patiente qui a des règles hémorragiques ou très douloureuses où tu vas essayer d'éviter le stérilet au cuivre, est-ce qu'il y a d'autres facteurs de la patiente qui vont te faire insister plus sur une contraception qu'une autre?
- Quand la patiente elle me dit "j'ai tendance à l'oublier 3 fois dans le mois", la pilule, bah effectivement on va plutôt l'orienter vers quelque chose de permanent, fin quelque chose où elle n'a pas besoin d'y penser. En plus si c'est pas son désir d'avoir un enfant, qu'elle veut absolument pas de grossesse, effectivement on va plus l'orienter vers quelque chose où elle est sûre que ça sera toujours là. Après la contraception 100% n'existe pas, on leur dit bien, mais ça aide quand même dans leur quotidien de se dire hop il est en place, j'ai pas besoin d'y penser, il est quand même efficace, et ça évite des grossesses non désirées et après un retentissement psychologique difficile.
- Et est-ce que tu parles de la contraception d'urgence en systématique?
- Oui, j'en parle quand je prescris la pilule. J'en parle, que faire en cas d'oubli, en systématique je leur rappelle ce qu'il faut faire en cas d'oubli, même pour des patientes qui ont l'habitude de prendre la pilule depuis des années, de temps en temps une petite piqûre de rappel c'est pas mal. Et oui du coup on parle de la contraception d'urgence. C'est vrai qu'on parle plus de la contraception d'urgence hormonal, donc directement le cachet, que du stérilet au cuivre. Même si moi ça m'arrive d'en parler, souvent j'essaie quand même d'en parler que c'est une contraception d'urgence qui après peut devenir une contraception permanente, donc ça fait d'une pierre deux coups.
- Donc tu parles pas du stérilet au cuivre comme contraception d'urgence systématiquement?
- Pas systématiquement, c'est vrai, alors que j'ai fait mon mémoire sur le stérilet *rires*

- Est-ce que c'est par habitude, ou que tu n'y penses pas forcément, ou pour une autre raison?
- C'est que... c'est vrai que j'essaie quand même quand je fais tous les moyens de contraception je leur dis bah le stérilet ça fait partie des contraceptions d'urgence. Mais c'est vrai que des fois j'y pense pas, c'est un oubli.
- Et est-ce que tu parles de la contraception d'urgence sur une patiente qui utilise des préservatifs, ou qui pratique le retrait?
- Aussi, oui oui, parce que ça peut être un moyen pour éviter une grossesse non désirée.
- Est-ce que tu abordes la thématique de l'IVG dans certains cas, la possibilité d'IVG, sur des consultations de contraception?
- Non, fin pas systématiquement si la patiente n'a pas eu recours à l'IVG dans ses antécédents. Si elle a eu recours à une IVG, c'est vrai que est-ce qu'on refait un petit point dessus pour savoir ce qui a pêché, ce qui a fauté, ou pas hein parce que des fois on peut tomber enceinte malgré une contraception. Mais c'est vrai que sinon en consultation de contraception pure c'est pas ce que je vais envisager de dire.
- Et est-ce que tu réalises un examen clinique systématique, comment tu fonctionnes par rapport à ça?
- Ça dépend de l'âge qu'elle a. Si c'est avant 25 ans je fais pas forcément d'examen clinique. A part si jamais y a des antécédents particuliers, ou si elle décrit des choses particulières, dans ce cas je fais un examen, ou si elle le demande. Sinon avant 25 ans je fais pas en systématique. Après 25 ans oui je peux faire un examen clinique. Parce que souvent après 25 ans on commence le 1er frottis, donc on explique un peu comment ça va se dérouler le suivi jusqu'à du coup après ménopause. Je le fais à ce moment-là. Mais pour un renouvellement de contraception, pas systématiquement. Si je l'ai déjà vue dans l'année, non je fais pas d'examen clinique. Pas contre si je ne l'ai pas vue dans l'année je refais un examen.
- Qu'est-ce qui pour toi est une consultation idéale, et au contraire une consultation qui est pénible?
- Une consultation idéale... de prendre le temps. De prendre son temps. Ça c'est une consultation idéale, c'est que du coup on puisse aborder tout. Vraiment toutes les contraceptions, qu'on ait fait le point un peu sur les effets indésirables, sur les complications, et puis aussi ça permet de voir qu'est-ce qui correspond à la patiente ou pas. Voir si la patiente a compris, et si elle sait à peu près vers quoi elle va se diriger ou pas. Ouais de prendre le temps. Moi je trouve que l'idéal c'est de prendre le temps, de tout bien expliquer correctement et que ça soit clair auprès de la patiente. De se sentir écoutée aussi auprès de la patiente, qu'elle ressorte satisfaite de la consultation. Qu'elle ait appris des choses aussi. Donc c'est toujours gratifiant qu'elle dise que finalement on ait pris du temps pour elle, que du coup on a vu toutes les contraceptions et du coup elle peut choisir comme elle le sent quoi. Et a contrario la "pas idéale" c'est si elles arrivent très en retard *rires*, du coup faut qu'on fasse en 10 minutes, ça s'est un souci. Du coup on a pas le temps de tout expliquer, ou bah à ce moment-là faut la faire revenir quoi. Du coup moi j'aime pas faire des consultations en express, je trouve ça pas idéal pour moi, pas idéal pour la patiente. Je préfère la faire revenir pour qu'on ait plus de temps pour revoir tout ce qu'il y a à revoir quoi.

- Est-ce que dans ta pratique actuelle tu as l'impression que tu as tous les éléments en ta possession pour pratiquer de manière idéale pour toi, ou est-ce que ça t'arrive d'avoir l'impression qu'il te manque des éléments, que ça soit au niveau de ta formation, des choses où tu te dis « bah là j'aimerais faire mieux, j'ai l'impression qu'il me manque des choses. »
- Globalement, non, en contraception je pense que ça va. Je suis plutôt à l'aise dessus. Après c'est vrai que du coup je peux avoir des interrogations quand par exemple la patiente souhaite une pilule et que les autres moyens de contraceptions c'est n'importe quoi, et que du coup il faut trouver une autre pilule adaptée, on a essayé plusieurs pilules, là des fois je me retrouve un peu au pied du mur à me dire je sais pas ce que je vais lui prescrire. Bon on essaie un peu tout mais des fois c'est vrai que je me sens un petit peu démunie pour trouver la bonne pilule quoi. C'est à ce moment-là que je peux me dire je sais pas quoi prescrire quoi. Mais c'est vrai que je reste assez dans ma formation en fait, j'ai eu l'avantage à l'école de Clermont on avait une sage-femme qui était vraiment bien niveau contraception, elle nous avait fait vraiment un topo sur toutes les contraceptions donc ça nous permet d'avoir un bon bagage niveau contraception. Donc je me sens plutôt à l'aise.
- Et est-ce que aujourd'hui tu vas à des conférences, et ce que tu lis de la littérature, les recommandations qui sortent?
- Oui. Pas forcément des conférences mais oui je me documente sur les différents magazines, « profession sage-femme », les choses comme ça. Les labos nous envoient aussi des mini conférences, des mini colloques, des fois je m'inscris du coup ça me permet d'avoir des actualités sur les méthodes de contraception et la contraception. J'aime bien aussi faire ça, comme ça ça actualise aussi les acquis.
- Je crois que j'ai évoqué tout ce à quoi j'avais pensé, est-ce que toi tu penses à des choses qui sont importantes à évoquer?
- Bah non, je pense que j'ai à peu près tout dit. Moi comme j'ai dit l'essentiel c'est vraiment d'essayer de prendre le temps avec la patiente, de bien expliquer les différents moyens de contraception comme ça ça permet pour elle de choisir en toute connaissance de cause SA contraception. Parce que nous professionnels on est là pour informer, guider éventuellement, mais on choisit pas à leur place quoi. Parce que souvent elles nous disent « vous feriez quoi à ma place ». Donc là on essaie de leur dire c'est pas pour nous, mais on peut les orienter vers telle ou telle chose parce qu'elles ont un profil particulier de règles, ou un mode de vie particulier, donc on peut essayer de les orienter. Mais au final c'est pas nous qui choisissons quoi.
- Bon bah merci beaucoup!

OBSERVATIONS DE CONSULTATIONS

Dr A.

Petite salle avec échographe

2 chaises face au bureau, chaise dans un coin de la pièce pour se changer, pas de rideau/paravent

3 patientes/heure, surbooké à 4/h pour compenser les RDV non honorés

Dr : Pull noir, jean noir, bottines à talon rouges.

Écrit dans le dossier informatique des infos médicales succinctes, factuelles.

Femme 20 ans, Jilbab, lunettes de vue.

Prend du spasfon et antadys prescrit par son médecin G mais non soulagé, de pire en pire.

Dr : « Avec la pilule on a plus les règles douloureuses

Patiente : « Est-ce qu'il y aura des changements avec la pilule ? »

- Il y a pleins de pilules différentes, il faut tester, s'il y a le moindre problème on peut changer »

Fait une ordo d'Optilova pour 1 an, si mal toléré dit à la patiente de revenir.

« Quand vous dites mal tolérée c'est les effets secondaires c'est ça ? »

« Oui mais je vais pas vous dire lesquels, c'est vous qui allez tester *rires* » : M'explique par la suite que si on dit aux patientes les effets indésirables, après elles ont tendance à dire qu'elle les ressentent. => Sorte de méfiance de la patiente, pense que c'est délétère de lui donner trop d'information.

Une fois que la patiente est partie, me dit « Là elle est sympa celle-là, parce que d'habitude elles elles disent qu'elles veulent pas la pilule, mais y a pas d'autres solutions en fait malheureusement »

10min

Patiente 35 ans

Sœur ménopausée à 37 ans, gros ATCD de ménopause précoce dans sa famille

Prend Minidril continue depuis janvier

Hier douleur de règle, 1 jour de saignement puis stop

Désir de grossesse l'année prochaine, Dr conseille d'essayer dès maintenant, mais en couple que depuis 6 mois.

« Je vous laisse vous déshabiller du coup »

Patiente garde le pull, enlève le bas.

Dr ne prévient pas quand elle met le spéculum, fait le PV, le TV, met la sonde écho pour EEV.

Patiente 20 ans

Jean gris, pull, blazer noir. Lunettes.

« Je viens pour une écho vaginale et pour une pilule parce que la dernière fois vous m'aviez prescrit la mauvaise »

- C'est-à-dire ? »

- C'est pas le même dosage que l'ancienne »

=> Dr avait prescrit MINULET 20ug alors que avant prenait la 30ug

Patiente : « ça m'a fait manger tout le temps, j'avais mal au ventre, ça allait pas du tout

- Allez je vous laisser vous déshabiller alors »

EEV : met la sonde sans rien dire

« On va juste regarder les seins » : soulève elle-même le pull de la patiente, lui fait enlever son soutien-gorge.

Prend la TA alors que patiente encore nue dans les étrières.

Renouvellement Optimizette en téléconsultation, durée 2min.

Aucune question.

Dr M'explique que fait EEV chez les nullipares avant pose de stérilet pour vérifier que pas de cloisons utérines.

Patiente 20 ans, nullipare

Vient pour une pose de Kyleena

Avait avant une pilule micro-progestative mais fréquents oublis

A ensuite mis un implant mais mal toléré (spottings)

Pose spéculum sans prévenir

Explique la pose « on commence par désinfecter »

Pose pince Pozzi, passage hystéromètre, pose du SIU.

Patiente 47 ans

Prend une COP Melodia

« Vous êtes sous pilule ? »

- Oui
- Et ça va ?
- Oui
- Vous avez des règles avec votre pilule ?
- Oui »

Examen clinique spéculum/TV idem sans prévenir

TA

Renouvellement ordo pilule

M'explique ensuite qu'à partir de 40 ans si l'OP est bien tolérée et que son BGL est normal et qu'il n'y a pas de FDR thrombo-embolique, elle laisse l'OP car + de risque de TE au moment du switch surtout. Par contre si FDR, prise de poids, tabac, TA elle la fait arrêter.

Dr me raconte l'histoire d'une patiente de 37 ans venue pour dlrs

A fait un examen au spéculum => Kc col évident, stade avancé

Patiente décédée 6 mois plus tard

La patiente avait vu un med G tous les ans pour renouveler sa pilule, qui ne lui avait jamais fait d'examen clinique.

Dr C.

2 chaises en plastiques face au bureau

Patiente s'asseyent systématiquement sur celle de gauche

Aucune venue avec son conjoint

Dr : blouse bleue marine par-dessus un haut pailleté, petit nœud octobre rose, étiquette « Dr C. gynécologue ». Porte un masque chirurgical (tousse)

Patiente 63 ans

« Des nouveautés personnelles, médicales ? »

Albuminurie => explique pourquoi, mécanisme

Patiente commence à se déshabiller spontanément => génération avec idée que gynéco = examen clinique

« Les hormones ça fait grossir ? »

« Noooooon »

Explique les différents dosages en fonction de la voie

« Je comprends qu'on ait peur du Kc du sein »

Examen clinique 9min

Spéclum « Je peux y aller ? »

TV « Je peux mettre un doigt dans le vagin ? »

Lichen => explique la maladie car patiente demande

Palpation mammaire dans prévenir, TA sans remettre le soutien-gorge

Vouvoie la patiente

Regard alterne entre l'ordinateur et la patiente.

Explication avec peluche vulve, explication précise

20min

Patiente 71 ans

Check dossier avant de faire entrer la patiente

Lit à voix haute ce qu'elle écrit sur l'ordinateur => transparence de l'information

« Je vous laisse vous déshabiller, vous pouvez enlever juste le bas »

Pas de rideau, se déshabille devant le bureau face à la Dr

Table d'examen avec étrier

Palpation mammaire sans rhabiller le bas, pieds dans les étriers

16min

Patiente 31 ans

G2P0

Patiente croyait que med G, a un RDV prévu avec une SF pour retrait stérilet

Patiente sous Mirena

A eu grossesse/Mirena, IVGM puis hémorragie, 1 an + tard grossesse/Mirena avec FCS

Dr reprend les événements, réexplique à la patiente

Anamnèse médicale : grossesses, frottis

Rigole avec la patiente

Demande ATCDs chir, tabac, cannabis, stupéfiants

Patiente fume « besoin de patchs ? » Non, lit le livre « Allen Carr », aurait voulu arrêter de fumer le 1^{er} nov, « ça sera le 2 ou le 3 » => « C'est bien ! »

Allergies ?

ATCDs familiaux ?

« Est-ce que dans votre vie vous avez été victime de violence, quelles qu'elles soient ? » Non

Est-ce que vous avez un partenaire ou plusieurs partenaires ? => pas de partenaire

« Est-ce que vous avez des règles sous Mirena ? » Oui les a en ce moment

« On arrive à examiner les patientes, même avec les règles »

Mme décrit une prise de poids

« Vous avez vraiment senti un avant /après ? Vous diriez combien ?

- 5kg, c'est pas grand-chose »

- Non non mais je comprends

- Et l'humeur aussi »

« Qu'est ce qu'on fait en relais ? » « Si vous me dites que vous voulez l'enlever et utiliser des préservatifs, il n'y a pas de problème »

Parle du chevauchement

Parle de l'implant mais risque d'EI similaires, du stérilet au cuivre mais « pas très sereine car l'efficacité est légèrement plus faible que le Mirena, si vous êtes hyper-fertile... »

Pilule, patch, anneau vaginal : dit les noms sans + détailler

Sort la boîte de démo des différents contraceptifs

Demande si RSNP dans les 5j précédents

« Est-ce qu'on fait l'examen aujourd'hui ? ça vous va ? » « Oui »

« Si ça vous gêne on est pas obligé de le faire ! »

Ne regarde par la patiente pendant qu'elle se change, fixe l'ordinateur

5min d'examen :

Spéculum, TV « Est-ce que je peux y aller ? » « Est-ce que je peux faire le TV ? »

Palpation mammaire sans prévenir, tension avec patiente seins nus (soutien-gorge relevé) pieds dans les étrières

Prescription préservatifs + contraception d'urgence

Lit à voix haute ce qu'elle écrit dans le dossier

IMC 22, rassure la patiente

Dit de revenir si veut enlever son stérilet

Précise que pas de RS dans les 5j avant le RDV de retrait.

30min

Patiente 39 ans vient pour démangeaisons

Patiente voilée, haut manches longues, pantalon

Barrière de la langue

« Est-ce que vous avez une contraception ? »

« C'est quoi une contraception ? »

« Qu'est ce que vous faites pour ne pas avoir de bébés ? »

« Rien »

« Votre conjoint finit à l'extérieur, pas dedans ? » (+ gestes pour expliquer »)

« Oui »

« Et si vous tombez enceinte vous y avez pensé ? ça serait comment ? »

« J'y ai pas pensé »

« D'accord. Est-ce que vous voulez une contraception ? »

« Non »

Patiente ne veut pas qu'on marque qu'elle a des RS dans le dossier même si vu que par le Dr.

Prescrit préservatif + pilule d'urgence, explique que la pilule est à prendre si Mr n'arrive pas à se contrôler et finit dedans.

Prescription bilan IST

Utilise des mots simples, articule, « c'est tout clair ? »

20min

Patiente 25 ans

Porte un masque

Tshirt noir, pantalon noir, masque chirurgical noir

« Dites-moi pourquoi vous venez ? »

Patiente sous implant depuis 9 mois

Règles irrégulières ++, depuis cet été règles 1sem/2. Mais moins de douleurs.

Dr : « C'est quand même assez chiant, on est d'accord » Patient rit

Propose de se laisser encore 1 mois ou 2, explique que le corps met parfois du temps à d'habituer.

Echo à faire d'ici la fin de l'année pour voir si fibrome/polype qui expliquerait les saignements.

Poids ? Perdu 7kg car sport ++

Demande quel sport, situation travail

Question libido ? Pas de RS donc ne sait pas

Acné ? non

« On fait l'examen aujourd'hui ? Il y a le FCU à mettre à jour

Idem patiente se déshabille devant le bureau

« On fait la palpation mammaire comme ça on aura tout fait »

Spéculum + TV + palpation

Remet le t-shirt pour prendre la TA

Consigne de reconsulter si ne se résout pas

Patiente explique que passe le concours de gardien de la paix bientôt donc croise les doigts très très fort car pas envisageable de saigner pendant une épreuve très physique

« Je comprends, on espère alors »

14min

Patiente 29 ans

« Pourquoi vous venez ? »

« Pour le contrôle annuel »

Migraines cataméniales 1j, pas systématique

Sous Leloo

Avait discuté DIU cuivre la dernière fois mais au final non.

« Du coup au final Leloo vous convient ?

- Oui »

Demande besoin bilan IST ? Non, même partenaire

1min => passage à l'examen

« Je vous laisse vous déshabiller, on fait l'examen »

Spéculum + TV, palpation seins, TA sans se rhabiller

Patiente se pèse

Prescription BGL + antadys + renouvellement Leloo

Souhaite projet bb l'année prochaine, info

Patiente vient pour colpo

Question contraception ? => Oui, Antigone

Oubli de pilule ? => non

Patiente de 44 ans

Nouveau conjoint depuis 6 mois, préservatif occasionnel

Dépistage IST ? Oui, les 2

Cycles réguliers ? Oui, douleurs de règles des fois « Je suis couchée » mais pas tous les cycles

1 cycle/2, 1 cycle/3 ? => ½

Mon conjoint devait être là mais il n'a pas pu...

« On peut l'appeler ? Comme ça s'il a des questions aussi, on peut discuter, c'est bien qu'il y ait le compagnon ».

=> Appel Mr en Face-Time

Demande si Mr a eu des infos sur la contraception masculine lors des test IST au CEGGID XR : Non. Dr parle stérilisation, délai de réflexion de 4 mois + 3 mois avant d'enlever le préservatif pour que cela soit efficace.

Dit qu'il y a d'autres moyens de contraceptions masculins mais très militant, rien sur prescription médicale. Plutôt asso pour apprendre à utiliser des moyens qu'on « fabrique » : slip chauffant 15h/j, mais ANSM met en garde car pas de recul, pas d'étude donc on n'a pas le droit de le conseiller. Sinon possibilité d'injections. « Malheureusement on est encore très très limités ».

Conjoint : « Si on avait des comprimés à prendre tous les jours comme la pilule, moi ça ne me dérangerait pas, mais ça n'a pas l'air très certain... »

Après 35 ans on limite les œstrogène donc pilule, patch anneau. On a les méthodes longues durées d'actions : le stérilet pour les femmes avec des règles abondantes comme vous j'aurais tendance à conseiller celui avec les hormones, soit ça vous coupe les règles soit vous pouvez avoir des spottings, soit moins de règle, on ne peut pas prédire. »

Explique qu'on peut le garder 5 ans habituellement mais + longtemps à l'âge de la patiente.

Explique qu'il n'est pas senti pendant les RS. Qu'on fait une écho de contrôle. Que c'est le + fiable sur le marché, proche des 100%

Sinon implant, dans le bras. 1 hormone délivrée en continu pendant 3 ans

Parle du diaphragme avec gel spermicide « pas le mieux, mais mieux que rien »

Toujours utiliser avec spermicide, et mettre avant le rapport « Protection barrière, coiffe le col »

Garder 6h après le rapport, 1^{ère} fois je vous aide à le poser.

Patiente : « Donc pas de rapport improvisé quoi... »

Rappel risque de grossesse spontanée

2 IVG successifs il y a 6 ans, patiente inquiète

« Franchement vous êtes éligible à un stérilet hormonal vous ! »

Profil de saignement + intermittent avec l'implant

Je pense qu'en 1^{ère} intention le stérilet hormonal...

Colpo bien supportée donc « je pense que pour poser le stérilet ça ira »

Si galère « Je force pas »

Info remboursé

Patiente demande attestation règles douloureuses pour congé menstruel mis en place dans sa boîte et est KO avec ses règles abondantes 1 cycle /3 => fait

Ordo préservatif (à la demande de la patiente) + DIU + doliprane

PV Chlam/gono avant pose

Pas d'examen clinique

D.D :

14h25

« Dites-moi ce qui vous amène ? »

Vient pour retirer son stérilet posé en 2019 (Patiente de 27 ans)

Pilule et stérilet ne lui conviennent pas, aimerait une méthode sans hormones

Proposition stérilet au cuivre, mais explique le risque de cycles + longs et + douloureux => patiente voudrait utiliser des préservatifs pour revoir un peu ses cycles. N'avait pas de règles sous stérilet hormonal.

SF tape à l'ordi en m temps qu'elle parle à la patiente

Proposition ordo préservatif => patiente veut bien, ne savait pas que c'était possible

SF conseille que le partenaire se fasse faire une ordo aussi de son côté.

Même partenaire depuis 8 ans, dépistage IST à jour ? Oui

FCU en 2021, proposition de refaire aujourd'hui => oui.

« Est-ce que vous souhaitez qu'on fasse une palpation des seins » Oui

« Est-ce que vous avez des questions ? »

14h34 examen

Patiente se déshabille derrière le paravent

SF fait enlever le haut pour la palpation puis remettre le haut et enlever le bas

« Est-ce que je peux y aller ? »

Propose que Mme mette le spéculum elle-même => non

« Ça va ? J'essaie d'y aller doucement, vous me dites si vous avez mal. »

Palpation, FCV, retrait stérilet

14h38

Proposition de revenir si envie de rediscuter de la contraception

14h43 :

Patiente 29 ans

« Qu'est-ce qui vous amène ? »

Contrôle FCV, conisation il y a 3 ans

Dépistage IST ? Non => ordo

Contraception ? -> Préservatif

Veut ordo ? Patiente surprise, ne savait pas, veut bien

« Est-ce que vous avez d'autres questions ? »

« Est-ce que vous voulez qu'on fasse une palpation aujourd'hui ? »

« Je vous propose qu'on commence par la palpation »

Idem haut puis bas

« Est-ce que je peux y aller

Examen 14h50-54

Idem spéculum « je préfère vous laisser faire »

« Vous allez sentir ma main, j'écarte vos petites lèvres »

Explique au fur et à mesure l'examen

« Ça va ? »

Patiente veut montrer un petit kyste => « Je peux vous toucher ? »

Patiente paie la part mutuelle avec la carte avance santé

14h58

15h :

Patiente albanaise, 26 ans, 2ème p.

Vient car a reçu le papier pour le dépistage du Kc du col de l'utérus

Est-ce que vous avez un, une, des partenaires sexuels ?

Mari depuis 10 ans, n'a jamais fait de dépistage IST => proposition.

Pas de contraception depuis son dernier enfant il y a 3 ans, retrait. Avait la pilule avant mais

«j'ai lu la notice un jour et alors j'ai arrêté »

Retrait marche bien, grossesses planifiées.

« Le stérilet je suis pas très fan »

A entendu parler de l'implant mais « je sais pas, les hormones... »

Point contraception :

Porte folio

- Locale : préservatif externe, interne, diaphragme

- Basée sur le cycle

- Retrait

Tjrs sans hormones : DIU cuivre (peut augmenter le flux et les dlrs)

Contraception hormonale : pilule, patch, anneau ou bien 1 seule hormone : pilule, implant, SIU

« Il n'y a pas forcément de règles ».

- Contraception définitive masculine ou féminine « ça c'est quand il n'y a plus de projet de grossesse »

Mme veut avoir ses règles : SF explique que dans ce cas plutôt non hormonal ou hormonal discontinu.

Dit à la patiente que patch et anneau non remboursés, 10-15€/mois.

Patiente ne sait pas trop, prend la plaquette d'info en photo

SF propose qu'elle revienne si elle veut en re-discuter

Exactement idem palpation/examen

Spéculum tt seule ? « Non c'est bon, allez-y »

4min

15h26 :

« Je vous écoute, qu'est-ce qui vous amène ici ? »

Patiente 35 ans

Ctrl FVC post colpo + voudrait faire un dépistage IST (avait été prescrit l'année dernière mais non fait)

Utilise préservatif si RS, pas de partenaire régulier

Idem palpation => oui

Idem spéculum tt seule => non

15h45

16h05 :

Téléconsult patiente 21 ans

Diagnostic endométriose il y a 2 ans par IRM

Sous pilule continue depuis : Leloo mais spotting donc minidril depuis 1 ans, mais inconfort, spotting. Donc souhaiterait changer de pilule.

SF demande si la pilule en elle-même lui convient => oui

Proposition optimizette en continu « est ce que ça pourrait vous convenir de faire comme ça ? »

E.E :

Ferme à clé pdt les consult

Écrit sur l'ordi en parlant à la patiente

Dossier : retranscriptions concises, factuelles

SF : Pull à motif, pantalon violet. Cheveux relevés en chignon avec une pince. Doc marteens violettes.

Patiente 23 ans

A fait un prélèvement, ne comprend pas trop les résultats

=> Gardnerella vaginalis

A eu un ttt mais tjrs dlrs

Rapport avec préservatif qui a craqué jeudi

A un DIU Jaydess depuis 2022

SF appelle la patiente par son prénom, la vouvoie

« Vous me dites quand vous êtes prête, prenez le temps qu'il vous faut » (pour se déshabiller)

Table d'examen au fond de la pièce derrière un paravent

Propose à la patiente un miroir pour regarder => oui

Explique ce qu'elle va faire

« Vous me dites quand je peux vous examiner »

« ça va je ne vous fais pas mal ? »

Sécheresse : explique à la patiente ce qu'elle voit, ce qu'elle fait

Propose à la patiente de mettre le spéculum elle-même => oui

« Je vais l'ouvrir tout doucement, si ça ne va pas vous me dites stop »

Tien le miroir pour montrer à la patiente, lui fait regarder les fils

« Je vais poser la main sur le ventre et je vais vous examiner avec un TV quand vous êtes prête »

Explique à la patiente comment s'examiner pour vérifier les fils

Rappel toujours protéger les rapports avec préservatif quand pas de dépistage IST fait

Exonère la patiente pour cette consult vu que <25 ans

Durée 20min

Patiente vient pour contrôle DIU posé en post partum

Robe large satinée bleu/verte, cheveux enroulés dans un turban noir à strass

Venue avec conjoint, qui reste 3min pour traduire le temps de l'interrogatoire (patiente Sénégalaise, parle peut français)

Vouvoie puis tutoie la patiente, demande des nouvelles des enfants

Utilise des mots simples, phrases courtes, gestes ++

Propose miroir -> oui

Spéculum -> ne préfère pas le mettre elle

« ça va ? On y va ? »

« Tu vois le bleu, c'est les fils du stérilet »

« Je vais mettre 1 main sur le ventre et 1 doigt dans le vagin, tu me dis si ça fait mal »

« On y va ? »

« C'est ok ? »

Fait rentrer le conjoint pour expliquer la suite

9min de consult

Patiente de 21 ans

Polaire bleue/violette, jogging blanc

Vient pour un frotti car par vaccinée HPV

SF explique que pas d'intérêt (explique pourquoi)

Décrit des règles abondantes, et douleurs bilatérales pelviennes. Parle d'endométrite depuis 1 ans

A changé de pilule (optimizette), a l'impression que ça ne lui convient pas : règles dures et abondantes ++ depuis optimizette alors qu'était censé lui diminuer/couper les règles

Avait Optilova avant mais migraines avec

Prend de l'Antadys, ne fonctionne pas trop

SF fait coter l'EVA : 10

Fait décrire les règles en abondance, durée, douleurs

Propose de prescrire une écho pour exploration dysménorrhées

Propose d'essayer de changer de contraception

« Je sais pas si un stérilet ça serait mieux ou pas » (Patiente)

SF : « effectivement le stérilet hormonal est recommandé en possibilité dans les douleurs de règles »

Montre la pose de stérilet avec matériel de démo + bassin féminin

« Le stérilet vous rend plus vulnérable aux IST »

Explique le fonctionnement d'action du stérilet

Explique le mécanisme endométriose et effet bénéfique de l'aménorrhée.

Explique les risques :

- échec de pose
- dlrs au moment de la pose
- malposition (trop bas) : douleurs, gêne, risque de grossesse

Prescrit une écho par rapport aux dysménorrhées + pour avoir une idée de la taille de l'utérus (car celui indiqué pour les dlrs est + dosé et + gros donc parfois + gênant si utérus vraiment petit)

Explication profil de saignement après la pose du stérilet

Demande si partenaire fixe => non => explique risque infectieux, bien mettre des préservatifs + prescription bilan IST.

« Dans l'idéal il faudrait faire un examen avant l'écho, si pour vous c'est pas possible on ne le fait pas »

Explique les intérêts de l'examen : objectiver les lésions potentielles et sentir peut-être un kyste, ou de l'endométriose avec un TV bi-manuel.

Patiente ok pour l'examen mais pas aujourd'hui car a ses règles -> RDV programmé fin semaine prochaine.

Patiente reparle du FCV, aimerait bien parce que sa gynéco lui faisait tous les ans

SF : « Je pense pas que ça soit une bonne idée, c'est jamais une bonne idée de ne pas suivre les recommandations »

Donne à la patiente une fiche explicative sur le stérilet

Propose le contact d'une ostéo spécialisée dans les douleurs féminines

Parle de l'huile essentielle d'estragon pour le massage du bas-ventre, tisane achillée millefeuille.

Parle du TENS Uργο-gyn

Dit que le stérilet est remboursé

Exonère la patiente car <25 ans

Appelle la patiente par son prénom

25min de consult

Patiente 25 ans, robe bleue, blazer noir, bottes noires à talon, lunettes, cheveux bruns mi-longs.

ATCD : père phlébite => CI OP

Etait sous optimizette mais spotting donc a switché avec Slinda (micro-prog avec 4j de pause) depuis 3 mois

Demande si changement dans sa santé : Non, sauf arrêt nicotine, vapote sans

SF demande comment ça se passe : a eu 3 semaines de retard le mois dernier (a fait test de grossesse neg) : SF explique que c'est possible que les règles d'espacent progressivement.

1er mois : patiente avait bcp envie de pleurer, dégouts d'odeurs, parfois dégout café

Dlrs lombaires 1j avant les règles puis un peu après

« J'en suis quand même contente »

- Du coup on la renouvelle ?

- Ah oui oui »

Rappel de ne pas associer avec millepertuis

« Je pense que c'est la meilleure pilule que j'ai trouvée »

Maux de tête ? Non

Plaques rouges, douleurs dans les membres ? Non

Rappelle le risque de phlébite, consulter en urgence si ces 2 signes

25 ans => explique le dépistage du Kc du col de l'utérus + explique dépistage Kc du sein par palpation : patiente préfère faire le FCU la prochaine fois

Prise de TA + examen des MI

Explique + montre l'auto-palpation => encourage l'autonomie

« Vous avez déjà fait la moitié de l'examen de routine, c'est bien ! »

Paiement par CB mais patiente dit qu'elle ne sait pas si ça va passer, essaie 2 fois, refus.

Demande si c'est possible de payer la prochaine fois (RDV dans 1 mois pour frottis), SF « Oui pas de soucis »

RDV 27min

Patiente vient pour pose DIU cuivre

Patiente l'avait enlevé en septembre car avait l'impression de prise de poids depuis la pose, SF m'explique lui avoir dit que ça n'était surement pas lié mais décision commune de l'enlever pour voir ce que ça donnait.

A fait un test de G urinaire hier neg

N'a pas eu le temps de faire le PV, le fait demain

SF se met à côté de la patiente pour lui montrer la notice du stérilet avec les motifs de re-consultation, la fréquence des examens de contrôle, le risque d'infection, d'expulsion, de perforation

« Est-ce que vous êtes prête ? »

TV avant la pose avec huile d'amande douce en lubrifiant

Propose pose spéculum par patiente => non

Table d'examen sans étrier, coussin d'allaitement comme oreiller

« C'est quand vous voulez »

« Ça va toujours ? »

Explique ce qu'elle fait (désinfection bétadinée, hystérométrie)

Echec hystérométrie => bague à 4 pour pose en floraison

« Continuez de bien respirer, c'est parfait vous m'aidez beaucoup »

Propose un verre d'eau

Comme pose difficile, prescription écho à faire cette sem/sem pro pour vérifier que le stérilet est bien en place (SF aura un appareil d'écho à partir de la semaine d'après)

RDV fixé dans 1 mois pour contrôle DIU

SF m'explique que la patiente est en couple mais Mr multipartenaire donc avait bien dit la dernière fois à la patiente de mettre des préservatifs même si DIU.

H.H :

Pas de paravent, petite salle, patientes se changent devant nous

13h03 :

Patiente de 40 ans, vient car a reçu un courrier FCV

N'a pas consulté depuis 5 ans

Nouvelle patiente, nouvelle dans la région => création du dossier

Patiente sous Kyleena, avant avait eu des pilules mais beaucoup d'acnée

« Avec Kyleena vous avez vos règles ? » => oui et douloureuses, patiente ne comprend pas trop.

A des douleur la semaine avant et pendant les 3 jours de règles (peu abondantes)

« J'ai des humeurs qui sont très variables, avec la pilule j'avais pas ça ».

SF explique que Kyleen plus dosé que Mirena, proposition de changer.

Patiente « Parce qu'après y a le cuivre mais toutes mes copines ça s'est mal passé...

- Avec le cuivre j'ai peur que ça soit un peu plus costaud... »

Patiente partante pour Mirena

Dernier FCV ? 2019

Rappel des risques : expulsion, perforation

SF prescrit une écho 3sem après la pose + RDV 3 mois après.

SF : « Après c'est une consultation annuelle

- C'est peut-être celle-là que j'avais oubliée *rires* »

13h21 :

« Et du coup je vous laisse quitter le haut d'abord »

Ne demande pas avant la palpation mammaire

SF met un papier sur la dame pour couvrir le bas

Spéculum : « vous me dites quand je peux y aller »

Fils non-vus : prescription écho

13h31

Donne un papier « information des risques et consentement à la pose du stérilet » à ramener signé le jour de la pose

13h40

SF me dit que le papier de consentement est nouveau, elle et ses 3 collègues ont eu des problèmes avec des patientes qui ont eu une perforation utérine après une pose de stérilet => patientes ont engagé une procédure de demande d'expertise avec avocat. Patiente de la SF n'a rien obtenu car dossier très bien tenu, les autres ont eu une compensation financière.

« ça vaut rien médico-légalement parlant, en soi avant on traçait déjà que l'info avait été donnée dans le dossier, mais ça rajoute quelquechose... »

« En fait on a une obligation de soin mais pas de résultat, mais il y a des patients qui ont du mal à le comprendre... elles pensent que c'est de notre faute s'il y a eu une perforation.

Moi : on dirait un peu le système procédurier à l'américaine

SF : Ah bah oui, on va de + en + vers ça... nos collègues échographistes ont aussi eu des problèmes

14h10 :

Patiente vient pour un rdv de contrôle de stérilet pose en 12/2023.

Avant avait déjà eu 2 stérilets puis pilule mais épilepsie avec crise à chaque règle.

SF : « Je me souviens plus, on avait fait une palpation mammaire la dernière fois ? » => non

« On va faire une petite palpation du coup ».

Patiente enlève juste le haut.

SF fait la palpation, sans prévenir la patiente

« Je vous laisse enlever le bas »

Petite jupe en papier

« Vous me dites quand je peux y aller, ça va être un petit peu froid avec le gel » (spéculum)

Regarde les files, dit ce qu'elle voit « je vois le bleu des fils, le col est tout bien, le vagin aussi, c'est parfait ».

SF conclut la consultation : « Du coup prochaine visite l'année prochaine, comme ça on fera le frottis ! »

On rediscute de l'histoire du stérilet avec la perforation

SF « En fait il y a des patients, vous leur donnez tout et ils vous poignardent dans le dos »

15h

Patiente de 22 ans

Saignements abondants depuis 25 jours

ATCD anémie

Sous implant qui périmé en juin

Avait des cycles irréguliers

A fait un test de grossesse qui était négatif

SF explique que peut être que comme il est bientôt périmé, il commence à ne plus être efficace et donc à ne plus être assez dosé pour couper les règles.

« On peut soit le changer tout de suite si vous voulez repartir sur un implant, soit si vous voulez changer... »

Patiente : « Je vous avoue que moi la contraception... » : a déjà essayé pilule, stérilet (expulsé). Préfère repartir sur la pilule « je l'ai commencée à 18 ans, j'étais plus tête en l'air à ce moment-là »

Patiente infirmière mais gardes de nuit très rare

Patiente à 7-8j de règles très abondants sous contraception mais pas douloureuses.

Tabac +, pas d'autres facteurs de risques

SF : « on peut partir sur une pilule peu dosée, et si ça ne convient pas on change. Est-ce que vous savez ce qu'il faut faire en cas d'oubli ?

- Bah la pilule du lendemain... ? »

SF explique que si oubli >12h pilule du lendemain + préservatif 7J ± test de grossesse si règles bizarres, et que si vomissement/diarrhées <4h après la prise il faut reprendre un comprimé.

Pilule à commencer le 1^{er} jour où on enlève l'implant + 7j de préservatifs.

SF lit à voix haute ce qu'elle écrit sur le dossier

« Optilova ça vous dit quelque chose ? »

Fait un dessin de la plaquette pour explique les 3 lignes de comprimés actifs/7 jours de placebo.

Prescription pour 3 mois + test BGL à faire dans 3 mois.

Prend une TA + prescription NFS (comme anémie + 25j de règles)

Conseils de prendre 3x/j pendant 5j pour diminuer les saignements. RDV dans 2sem pour enlever l'implant.

« Vous avez d'autres questions ? »

Pas d'examen clinique

15h20