

Être insulaire et alors ?

État des lieux et enquête de satisfaction en
périnatalité des patientes résidant à l'île d'Yeu et
Noirmoutier

Mémoire soutenu et présenté par

Agathe QUESTEL

Née le 8 septembre 1994

Directeur de mémoire : Madame Déborah HERRMANN (sage-femme)

Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

Remerciements

Je remercie,

Tout d'abord, Madame Déborah Hermann pour son encadrement, sa disponibilité et son aide.

Également les patientes ayant pris le temps de répondre à ce questionnaire ainsi que la maternité de Challans en particulier Madame Arago, le centre de santé polyvalent de l'île d'Yeu pour leur accueil et leur aide.

Les sages-femmes libérales Mesdames Gervier et Le Mouellic pour avoir répondu à mes questions sur leur patientèle.

Monsieur Nicholson pour son aide concernant la traduction du questionnaire.

Madame Le Guillanton, enseignante référente de ce mémoire.

Ma famille pour son soutien, sa patience et sa présence tout au long de mes études.

Mes camarades de promotion pour la solidarité et l'empathie dont ils ont toujours fait preuve.

Liste des abréviations.....	4
I) Introduction.....	5
A) Généralités.....	5
B) Constats locaux.....	6
C) Présentation des territoires.....	6
1) Challans.....	6
2) Noirmoutier.....	7
3) L'Ile d'Yeu.....	7
II) Méthode.....	9
A) Étude quantitative.....	10
B) Étude qualitative.....	10
III) Résultats.....	11
A) Présentation du groupe contrôle.....	11
1) Indicateurs néonataux.....	12
2) Indicateurs maternels.....	12
3) Autres indicateurs.....	12
4) Catégories socio-professionnelles.....	13
B) Présentation du groupe de Noirmoutier.....	13
1) Indicateurs néonataux.....	14
2) Indicateurs maternels.....	14
3) Autres indicateurs.....	14
4) Catégories socio-professionnelles.....	15
La profession n'est pas renseignée dans un dossier.....	15
C) Présentation du groupe de l'Ile d'Yeu.....	15
1) Indicateurs néonataux.....	16
2) Indicateurs maternels.....	16
3) Autres indicateurs.....	16
4) Catégories socio-professionnelles.....	17
Pour une patiente la profession de la patiente n'était pas renseignée. Pour deux conjoints la profession n'était pas renseignée également.....	17
D) Comparaison de la patientèle de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier.....	17
E) Comparaison de la patientèle de l'Ile d'Yeu et du groupe contrôle.....	18
F) Comparaison de la patientèle de Noirmoutier et du groupe contrôle.....	19
G) Résultats questionnaire.....	20
IV) Discussion.....	20
Conclusion.....	23
Annexes.....	25
Bibliographie.....	37
Résumé.....	40

Liste des abréviations

A	Anticipé
AIEH	Accouchement Inopiné Extra Hospitalier
CH	Centre Hospitalier
CNTRL	Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
DREES	La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EPP	Entretien Prénatal Précoce
HPP	Hémorragie du Post Partum
HPST	Hôpital Patient Santé et territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPP	Identifiant Permanent Patient
LVO	Loire Vendée Océan
NA	Non Anticipé
NR	Non Renseigné
PRADO	Programme d'accompagnement du retour à domicile
SAMU	Service Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNSM	Société Nationale de Sauvetage en Mer
SPIA	Score Prédictif de l'Imminence de l'Accouchement

Ce vers peut paraître déplacé dans ce contexte mais il ne l'est pas tant que cela. En effet, ce mémoire traitera de l'insularité et nous tenterons de constater si en périnatalité, c'est une entrave voire un danger, ou bien ni l'un ni l'autre.

I) Introduction

A) Généralités

Afin de rendre le titre de ce mémoire moins énigmatique, commençons par définir le terme d'insulaire, terme paraissant trivial mais d'une grande importance ici. L'insulaire est défini comme étant celui ou celle qui habite ou est originaire d'une île. Être insulaire peut aussi se comprendre comme le fait d'être marqué par des usages particuliers forgés par l'isolement, chose à prendre en compte dans nos prises en charges. [1]

Nous expliquons aussi le terme de péninsulaire de manière plus succincte mais cela permettra de le différencier d'insulaire au cours de notre étude. Péninsulaire signifie qui appartient à une péninsule ou est formé d'une péninsule[2]. Péninsulaire vient du latin «*paen*» définit comme presque. Cependant le CNTRL ne nous indique pas si cela affecte aussi les usages ou si ce n'est qu'une définition géographique.

L'étude des différences d'accessibilité à la santé sur les territoires en termes d'infrastructures, de personnels ainsi que de temps ou de distances est un sujet toujours d'actualité sans cesse mouvant et controversé. C'est cela qui à nos yeux l'a rendu très intéressant, en particulier dans les zones dites isolées.

En effet, différents constats nationaux attirent l'attention. Premièrement une étude publiée par la DRESS montrant un temps de trajet médian de dix-sept minutes pour se rendre à la maternité, qui est resté stable malgré la fermeture de certains établissements [3]. Deuxièmement des études montrent des résultats contradictoires concernant l'impact de la distance et du temps pour se rendre à la maternité pour ce qui est de la santé néonatale[4, 5]. L'étude réalisée en Bourgogne retrouve un nombre plus important d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et de liquide amniotique méconial, qui sont des facteurs de risque de mortalité périnatale dans la patientèle qui réside à plus de quarante-cinq minutes de la structure. L'autre étude ne montre pas de surmortalité périnatale. Troisièmement, dans la littérature et notamment dans les deux études citées précédemment, il n'y a pas d'informations relatives à l'impact de la distance ou du temps de trajet sur la santé maternelle, ce qui peut s'expliquer par la difficulté de choisir un indicateur objectif (praticien dépendant, ressentis...).

Par ailleurs, par des relations professionnelles et familiales, nous avons été sensibilisé et mobilisé à la prise en charge de la périnatalité dans différents territoires insulaires de l'Atlantique: Île de Ré, Belle-Île, Île de Groix et l'Île d'Yeu. C'est donc ces différents constats dans la littérature et notre expérience personnelle qui ont motivé notre choix de traiter ce thème.

B) Constats locaux

La région Pays de la Loire a un réseau dense de vingt-trois maternités (dix de type I, dix de type II et trois de type III) avec des disparités intra-régionales. [4]

Comme vous avez pu le noter dans le titre, nous nous intéresserons aux territoires de l'île d'Yeu et de Noirmoutier. Tout d'abord parce qu'ils se situent dans notre région et ensuite parce que la majorité de ces patientes accouchent au Centre Hospitalier Loire Vendée Océan (Challans) qui est une maternité de type I. Cela a semblé pertinent pour notre étude, qui sera davantage présentée ultérieurement, d'étudier la santé néonatale et maternelle sur un seul établissement pour éliminer les biais dus à des différences de pratiques. Ainsi nous pourrons comparer avec plus de facilité la santé néonatale et maternelle entre les patientèles insulaire et péninsulaire mais aussi des environs de Challans. C'est ainsi que différentes problématiques se trouvent soulevées et nous tenterons d'y répondre tout au long de ce mémoire:

«La distance a-t-elle un impact négatif sur la santé néonatale et maternelle? Existe-t-il des différences entre une zone insulaire et une zone péninsulaire? Existe-t-il des différences entre ces territoires avec une logistique particulière et une patientèle des environs de Challans?» Les réponses à ces problématiques ont pour but d'amorcer notre réflexion sur les prises en charge de ces territoires. Par exemple, si nous ne trouvons pas de différence significative, la prise en charge est-elle satisfaisante pour autant? Si nous trouvons des différences significatives, quels moyens peuvent être mis en place? Ces patientes sont-elles satisfaites de leur prise en charge?

C) Présentation des territoires

1) Challans

Cela semble important de commencer par la présentation du territoire dont la patientèle servira de groupe contrôle.

C'est une commune de vingt-trois-mille-trois-cents habitants en 2018. Différents professionnels de santé exercent en libéral: des médecins généralistes, des sages-femmes, un gynécologue, un pédiatre, des infirmières, des kinésithérapeutes, des dentistes, des radiologues, un ophtalmologiste, des pharmaciens... Nous pouvons donc dire que la patientèle de Challans a accès à un panel de professionnels relativement large sans compter le centre hospitalier Loire Vendée Océan comportant différents sites (Challans, Saint-Gilles-Croix-De-Vie et Machecoul) [7, 8]

La maternité du CH LVO a réalisé six-cent-quatre-vingt-treize accouchements en 2018. Sur le site de Challans sont proposées les consultations traditionnelles de suivi, effectuées par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens et des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Les échographies obstétricales peuvent être réalisées au CH LVO. Il est également proposé des consultations avec une tabacologue, une psychologue, ainsi que de l'acupuncture pré et post-natale.

2) Noirmoutier

Noirmoutier se situe environ à cinquante minutes de la maternité de Challans (type I), une heure vingt minutes de la Roche sur Yon (type II) et une heure trente-cinq minutes de Nantes qui dispose d'une maternité de type III. Le temps de trajet pouvant être considérablement augmenté en période estivale. L'accès se fait par le pont ou par le passage du Gois, praticable uniquement à marée basse. C'est une zone dite blanche car elle se trouve à plus de trente minutes des urgences hospitalières. C'est pourquoi les collectivités territoriales confortent l'offre médicale existante par des mesures d'aide financière notamment à l'installation.

Noirmoutier est un territoire péninsulaire du fait de la construction du pont en 1971. Ce territoire comporte une communauté de communes constituée de quatre communes: Noirmoutier en l'Île, l'Épine, Barbâtre et la Guérinière. Il y avait neuf-mille-six-cent-trente habitants à l'année en 2018 répartis sur les quatre communes. Sur l'ensemble de ces quatre communes nous retrouvons également un large panel de professionnels de santé: médecins généralistes, dentistes, ostéopathes, kinésithérapeutes, psychothérapeutes... Il existe un hôpital local accueillant surtout des personnes âgées en perte d'autonomie, une maison de santé à Noirmoutier en l'Île et un autre pôle se situe à Barbâtre. Ces deux structures associent différents professionnels de santé libéraux. Une sage-femme libérale y exerce depuis le premier avril 2019. Jusqu'en 2018 une sage-femme se déplaçait à Noirmoutier suite au départ d'une collaboratrice. En effet, si nous remontions un peu plus loin dans le temps, il s'agissait d'une sage-femme libérale de Saint-Jean-de-Monts qui faisait des visites à domicile, avait un cabinet secondaire à Noirmoutier et y assurait une activité un jour et demi par semaine. Pour les nuits et les week-ends, il faut s'adresser à la maison de garde à proximité de l'hôpital local[9].

En dehors du SMUR, il n'existe pas de mesures particulières pour ce territoire afin d'assurer une évacuation en urgence. Par ailleurs, le déclenchement de convenance de l'accouchement n'est pas proposé à cette patientèle.

3) L'Île d'Yeu

En France, il s'agit de la deuxième île la plus au large de la côte après la Corse. L'accès se fait par bateau au départ de Fromentine. Le nombre de traversées par jour est soumis à l'activité touristique, à la marée (le bateau ne passant pas à marée basse) et aux conditions météorologiques. Le temps de trajet minimum pour se rendre à Challans est d'une heure dix minutes environ, et pour se rendre à la Roche Sur Yon, le temps de trajet est d'une heure quarante minutes au minimum.

L'Île d'Yeu comporte une seule commune avec un nombre d'habitants à l'année estimé à cinq mille en 2018[10].

Nous retrouvons quelques professionnels de santé installés en libéral: un cabinet d'infirmiers, des kinésithérapeutes (dont un propose de la rééducation périnéale), une puéricultrice, une psychomotricienne et une pédicure-podologue.

À la fin des années 2000, suite au départ de quatre médecins généralistes, s'installe une situation de crise avec seulement un médecin généraliste pour mille-sept-cents habitants. La nécessité de réfléchir à un nouveau modèle d'installation qui faciliterait la venue de nouveaux médecins est alors devenue une évidence.

Le Docteur Depinoy explique: «*Les nouvelles générations de médecins aspirent à ne pas multiplier les actes afin d'assurer leur revenu et préfèrent travailler en groupe.*», il promeut le salariat [11]. Les médecins généralistes sont donc tous devenus salariés en 2010 ce qui a facilité le recrutement pour arriver à l'effectif actuel de sept médecins généralistes. C'est ainsi que naît le premier centre de santé géré par l'hôpital de proximité comme le permet la loi HPST[11, 12]. Un premier bilan en 2016 de ce centre de santé semble globalement positif, les médecins généralistes décrivent des bonnes conditions de travail et apprécient le travail en collectif même si celui-ci peut toujours être amélioré. Des renforts sont également recrutés en période estivale. Le budget du centre est encore en déficit. Dans ce bilan de 2016 il était espéré que l'accord national des centres de santé puisse permettre de retrouver un équilibre budgétaire[13, 14].

Sur sept médecins généralistes, trois d'entre eux proposent des consultations de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie. Ils assurent les consultations au centre de santé ainsi que dans les EHPAD et gèrent les hospitalisations de l'hôpital local. Ils sont également médecins correspondants du SAMU. C'est dans ce cadre qu'ils sont confrontés aux accouchements inopinés.

Par ailleurs, nous notons qu'il existe un tissu associatif relativement dense par rapport à la taille de la commune, cela semble faire partie, comme mentionné précédemment, des usages particuliers des insulaires. En voici trois exemples:

Tout d'abord le Point Info Famille est membre du Réseau d'Écoute d'Appui d'Accompagnement à la Parentalité. Il propose des animations à l'attention des parents et des ateliers parents-enfants (atelier cuisine, atelier massage bébé, soirées parentalité en lien avec les partenaires sociaux). L'animation de ces rencontres est assurée par une personne formée aux méthodes de communication non violente de Rosenberg et la méthode ESPERE de Jacques Salomé, psychosociologue, qui se définit par quatre axes (oser refuser, oser demander, oser donner et oser recevoir)[15, 16].

Ensuite il existe l'association Solidarilait qui propose une réunion mensuelle le dimanche matin sur l'allaitement, le sevrage, la grossesse, propose des échanges d'expérience... Une des mères de l'association est titulaire du diplôme universitaire en lactation humaine.

Il y a également la possibilité de pratiquer du yoga prénatal et postnatal.

Un partenariat avec le CH LVO est en place avec le passage d'un gynécologue obstétricien une fois par mois et d'une sage-femme une à deux fois par mois selon l'activité. Elle assure les cours de préparation à la naissance et à la parentalité mais également des consultations d'obstétrique, des *monitoring* et des EPP.

Voici les différentes prises en charge proposées sur l'île. Cependant, les échographies sont faites sur le continent, ainsi que les suivis des grossesses pathologiques. Pendant le huitième et le neuvième mois, des consultations pour le suivi de grossesse et un rendez-vous avec un anesthésiste sont planifiés dans la structure où les patientes ont été orientées et/ou souhaitent accoucher.

Nous allons maintenant aborder la prise en charge au moment de l'accouchement.

Il est recommandé aux patientes de se rendre deux semaines avant le terme sur le continent. Cependant, les médecins généralistes font part de leurs difficultés à les convaincre. Cela s'explique par le fait que les patientes sont réticentes à quitter leurs autres enfants et leur conjoint, certaines d'entre elles travaillent encore (notamment lors de la saison touristique) et en raison des complications logistiques que cela entraîne, ou encore de la crainte d'être seule au moment de l'accouchement. Toutefois contrairement à ce que nous pourrions croire, l'aspect financier n'est pas la principale entrave à un départ

anticipé. En effet, la plupart des patientes ont de la famille ou des connaissances sur le continent susceptibles de les héberger lors de cette période.

Le CH LVO propose aussi un déclenchement deux semaines avant le terme. Cette alternative rencontre un peu moins de réticences, mais certaines patientes trouvent cela contre nature[17].

Il reste alors l'évacuation sur le continent en début de travail. Lors des consultations de suivi et des cours de préparation, il est important d'adapter les conseils d'usage portant sur la définition du moment auquel se rendre à la maternité. En effet, il faut informer les patientes d'appeler suffisamment tôt le médecin de garde. Les différentes possibilités d'évacuation sont:

- Par bateau de la compagnie Yeu Continent qui est équipé d'une infirmerie. On peut transporter un patient couché mais il ne doit pas être perfusé. Les horaires sont régulés selon la saison et les marées (le bateau ne passe pas à marée basse).

- Par le canot de la SNSM accompagné par le médecin de garde ou le médecin canotier s'il est disponible. A marée haute, la traversée jusqu'à Fromentine prend environ une heure et quarante minutes d'ambulance. A marée basse, il faut se rendre à Saint-Gilles-Croix-de-Vie, la traversée prend environ une heure et demie et quarante minutes d'ambulance également.

- Par hélicoptère du SAMU pour se rendre à la Roche sur Yon ou Nantes. Le temps de vol est d'environ quinze minutes pour se rendre à Challans, vingt minutes pour la Roche sur Yon, et vingt-cinq minutes pour Nantes.

- Par hélicoptère de la Marine Nationale ou de la protection civile basé à La Rochelle. L'hélicoptère doit faire un premier arrêt à la Roche sur Yon afin d'aller chercher l'équipe SMUR[17].

L'évacuation par hélicoptère peut être retardée voire rendue impossible par les conditions météorologiques. C'est également vrai pour l'évacuation par la SNSM.

Le choix de l'option d'évacuation peut être guidé par le score de Malinas qui est utilisé de manière empirique mais il n'est pas validé scientifiquement. Il prend en compte notamment la parité et la dilatation du col. Il existe également le score de SPIA qui prend en compte le terme (il en existe un spécifique pour les enfants prématurés), l'envie de pousser, le rythme des contractions, la parité, l'âge, les antécédents, le suivi de grossesse, les traitements en cours et si il y a eu un contact avec la parturiente. Il s'agit d'un algorithme informatique qui peut facilement s'installer sur les appareils du SAMU[18, 19, 20].

II) Méthode

Après avoir introduit les territoires étudiés, voici la présentation de la démarche de notre étude.

A) Étude quantitative

Dans notre étude, nous distinguerons trois principaux groupes de population. Ces trois populations ont été recrutées sur une période allant de 2016 à 2018. Nous avons exclu de cette étude les grossesses pathologiques. Beaucoup de ces patientes ont accouché dans des CH plus adaptés aux surrisques de complications. Les patientes ayant accouché dans un autre CH par souhait pour éviter des biais liés à des différences de pratique sont également exclues de l'étude. Le recrutement des patientes a été fait à partir de la liste des avis de naissances entre janvier 2016 et décembre 2018. Ce ne sera donc pas exhaustif si certains parents n'ont pas souhaité publier l'avis de naissance.

Le premier groupe qui servira de témoin est composé de patientes habitant au maximum à dix-sept minutes de Challans. Ce seuil correspond au temps médian national pour se rendre à la maternité[3]. La délimitation de la zone géographique de recrutement a été faite à l'aide d'un logiciel de navigation.

Le second groupe est composé de la patientèle de Noirmoutier accouchant au CH LVO.

Enfin le troisième groupe est composé de la patientèle de l'île d'Yeu.

Comme précisé dans l'introduction, nous traiterons de la santé néonatale qui aura pour indicateurs le taux d'acidose ($\text{pH} < 7,20$), de transfert, de score d'Apgar < 7 à cinq minutes de vie et la couleur du liquide amniotique. Nous traiterons aussi la santé maternelle qui aura pour indicateurs le taux d'HPP et de lésions périnéales sévères. Nous avons choisi ces indicateurs pour la santé maternelle car ce sont des complications majorées lors des accouchements inopinés extrahospitaliers. Préalablement à l'étude de la santé maternelle et néonatale nous aborderons d'autres facteurs tels que la catégorie socio-professionnelle des patientes et de leur conjoint (Annexe I), ainsi que l'âge moyen auquel les patientes ont donné naissance à un premier enfant et le taux d'accouchement inopiné extra-hospitalier. Nous indiquerons uniquement le taux AIEH et ne comparerons pas avec les autres patientes car il a déjà été démontré dans la littérature que les AIEH comportent plus de complications (HPP, déchirures périnéales du premier et second degré, infections néonatales et hypoglycémie)[21,22,23].

Dans un premier temps, nous présenterons les trois groupes selon les différentes variables. En ce qui concerne les variables qualitatives: le pH, l'Apgar, la couleur du liquide amniotique, l'HPP, les lésions périnéales et les catégories socio-professionnelles.

Dans un second temps, nous comparerons les différents groupes: le groupe contrôle et Noirmoutier, le groupe contrôle et l'île d'Yeu et Noirmoutier et l'île d'Yeu. Pour cela nous utiliserons des tests statistiques. Les effectifs de certaines modalités sont inférieurs à cinq, le test le plus adapté est celui de Fisher.

Pour cela nous nous sommes servis du site biostat TGV[24].

Nous aurons alors traité de l'aspect purement médical de la prise en charge.

B) Étude qualitative

Comme souligné jusqu'ici, nous n'avons abordé que l'aspect médical. Cependant qu'en est-il de la satisfaction des patientes? Celle-ci varie-t-elle selon les groupes (cf A).

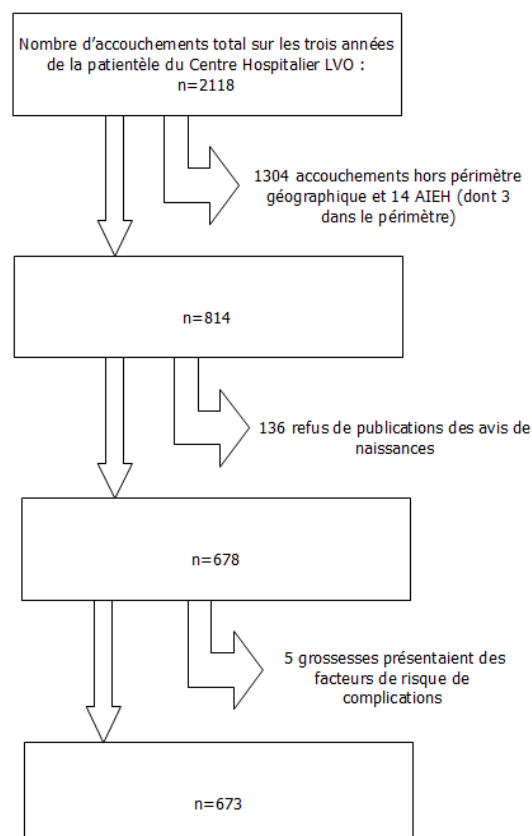
Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

Pour essayer de répondre à cette question, nous avons donc décidé de diffuser un questionnaire. Pour la patientèle des environs de Challans, il sera diffusé par le service de suites de couches. Ce questionnaire est librement inspiré d'une enquête norvégienne réalisée par le centre de connaissances pour les services de santé placé sous l'autorité du ministère de la santé norvégien[25]. Ce questionnaire étant très long et pas toujours adapté à notre objet d'étude, nous avons décidé d'un commun accord avec Mesdames Herrmann et Le Guillanton, de le modifier. Nous ne pouvions pas recruter les mêmes patientes que celles de l'étude quantitative pour le questionnaire. Tout d'abord parce que le questionnaire n'est validé que jusqu'à quatre mois après l'accouchement, passé ce délai il est considéré qu'il y a un biais de mémoire (pour rappel l'étude inclut des patientes de 2016 à 2018). Par ailleurs, nous ne pouvions contacter les patientes d'après les coordonnées présentes dans le dossier, du fait de la confidentialité des données.

III) Résultats

A) Présentation du groupe contrôle

Pour rappel, il comprend la patientèle du CH LVO résidant à environ dix-sept minutes au maximum de la structure. Voici comment s'est construit ce groupe contrôle. Il compte six-cent-soixante-treize patientes et nouveaux-nés.



1) Indicateurs néonataux

pH artériel	Normal		Acidose non sévère		Acidose sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	485	72,07	105	15,60	4	0,60

Le pH artériel n'était pas renseigné dans soixante dix-neuf dossiers.

LA	Clair		Teinté		Méconial	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	563	83,66	79	11,74	31	4,61

Apgar	10		[7-9]		<7	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	644	95,69	26	3,86	3	0,45

2) Indicateurs maternels

HPP	Non		Non sévère		Sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	626	93,02	41	6,09	6	0,89

Déchirures	Non		I		II		III		IV	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	157	23,33	234	34,78	100	14,86	5	0,74	1	0,15

- Le taux d'épisiotomie est de 10,40% ce qui correspond à un effectif de soixante-dix patientes.
- Le taux de césarienne est de 15,8% ce qui correspond à un effectif de cent six patientes.
- L'âge moyen auquel elles ont leur premier enfant est de vingt-six ans.

3) Autres indicateurs

- Le taux de déclenchement est de 9,96% ce qui correspond à un effectif de soixante-sept patientes.
- Le taux d'extraction instrumentale est de 10,40% ce qui correspond à un effectif de soixante-dix patientes.
- Le taux d'évacuation en urgence est de 0,45% ce qui correspond à un effectif de trois.
- Le nombre d'AIEH est de trois sur le secteur soit 0,44 %.

- Le taux de transfert est de 0,74% ce qui correspond à un effectif de cinq nouveaux nés.

4) Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles telles qu'elles sont définies par l'INSEE se trouvent en annexe.(Annexe I)

CSP patiente	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	5	12	38	173	307	51	0	86
%	0,74	1,78	5,65	25,71	45,62	7,58	0	12,78

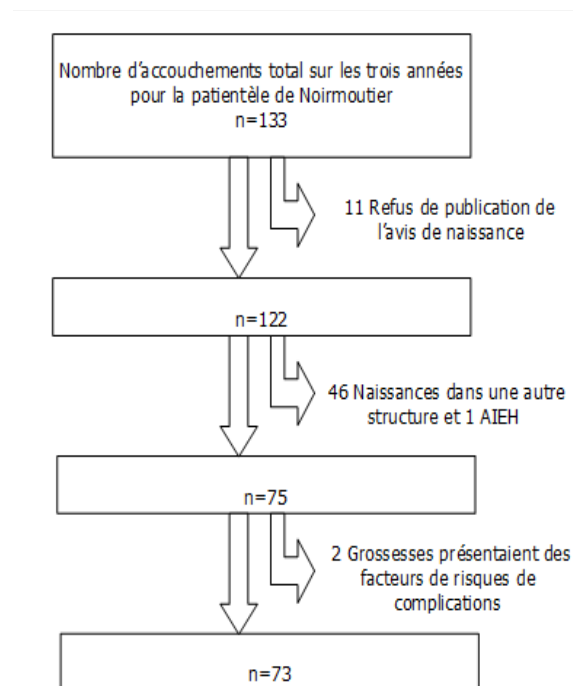
Dans un dossier, la profession n'était pas renseignée.

CSP conjoint	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	17	29	36	138	88	326	1	25
%	2,53	4,31	5,35	20,51	13,08	48,45	0,15	3,71

Dans treize dossiers, la profession n'était pas renseignée.

B) Présentation du groupe de Noirmoutier

Pour rappel, il comprend la patientèle du CH LVO résidant à Noirmoutier. Voici comment s'est construit ce groupe. Il compte soixante-treize nouveaux nés.



1) Indicateurs néonataux

pH artériel	Normal		Acidose non sévère		Acidose sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	63	86,30	9	12,33	1	1,37

LA	Clair		Teinté		Méconial	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	65	89,04	5	6,85	3	4,11

Apgar	10		[7-9]		<7	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	70	95,89	2	2,74	1	1,37

2) Indicateurs maternels

HPP	Non		Non sévère		Sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	65	89,04	7	9,59	1	1,37

Déchirures	Non		I		II		III		IV	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	21	28,77	21	28,77	16	21,92	0	0	0	0

- Le taux d'épisiotomie est de 5,48% ce qui correspond à un effectif de quatre.
- Le taux de césarienne est de 16,44% ce qui correspond à un effectif de douze.
- L'âge moyen auquel elles ont leur premier enfant est de vingt-six ans.

3) Autres indicateurs

- Le taux de déclenchement est de 6,85% ce qui correspond à un effectif de cinq patientes.
- Le taux d'extraction instrumentale est de 8,22% ce qui correspond à un effectif de six patientes.
- Le taux d'évacuation en urgence est de 4,11% ce qui correspond à un effectif de trois patientes.
- Le nombre de AIEH est de un, ce qui correspond à 0,75% (cf flux chart).
- Le taux de transfert est de 2,74% qui correspond à un effectif de deux nouveaux nés.

4) Catégories socio-professionnelles

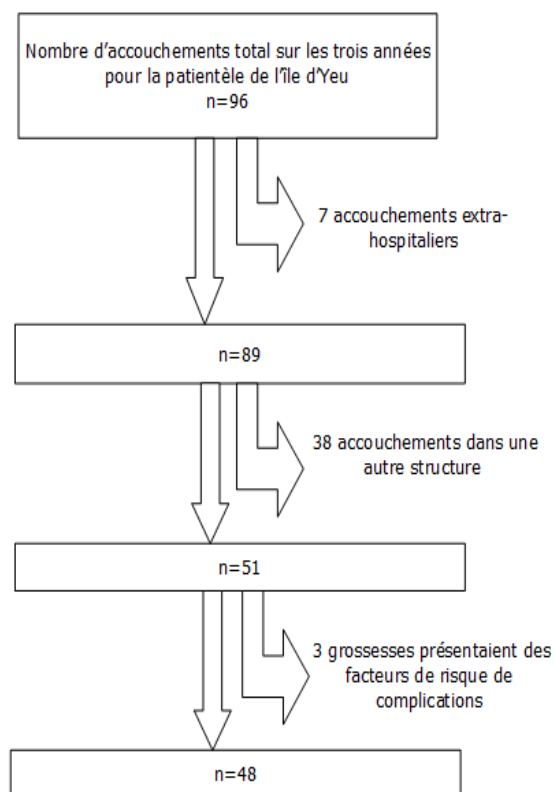
CSP patiente	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	2	1	1	13	42	6	0	8
%	2,74	1,37	1,37	17,81	57,53	8,22	0	11

CSP conjoint	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	7	7	4	7	15	30	0	2
%	9,59	9,59	5,48	9,59	20,55	41,1	0	2,74

La profession n'est pas renseignée dans un dossier.

C) Présentation du groupe de l'Ile d'Yeu

Pour rappel, il comprend la patientèle du CH LVO résidant à l'Ile d'Yeu. Voici comment s'est construit ce groupe. Il compte quarante-huit patientes et nouveaux nés.



1) Indicateurs néonataux

pH artériel	Normal		Acidose non sévère		Acidose sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	41	85,42	6	12,5	1	2,08

LA	Clair		Teinté		Méconial	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	46	95,83	1	2,08	1	2,08

Apgar	10		[7-9]		<7	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	46	95,83	2	4,17	0	0

2) Indicateurs maternels

HPP	Non		Non sévère		Sévère	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	42	87,23	6	12,77	0	0

Déchirures	Non		I		II		III		IV	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
	14	29,17	12	25	10	20,83	0	0	0	0

- Le taux d'épisiotomie est de 10,42% ce qui correspond à un effectif de cinq patientes.
- Le taux de césarienne est de 14,58% ce qui correspond à un effectif de sept patientes.
- L'âge moyen auquel elles ont leur premier enfant est de vingt-six ans.

3) Autres indicateurs

- Le taux de déclenchement est de 22,92% ce qui correspond à un effectif de onze patientes. 18,18% de ces patientes soit deux en valeur numérique ont eu une césarienne pour échec de déclenchement.
- Le taux d'extraction instrumentale est de 6,25% ce qui correspond à un effectif de trois patientes dans le cadre du déclenchement pour convenance proposé aux îliennes.
- Le taux d'évacuation en urgence est de 22,92% ce qui correspond à un effectif de onze patientes.
- Le nombre d'AIEH est de sept, ce qui correspond à 7,29% (cf flux chart).
- Il n'y a pas eu de transfert en post-partum.

Agathe QUESTEL, Être insulaire, et alors?

4) Catégories socio-professionnelles

CSP patiente	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	0	0	1	11	27	2	0	6
%	0	0	2,08	22,92	56,25	4,17	0	12,5

CSP conjoint	1	2	3	4	5	6	7	8
Effectifs	0	3	1	2	5	32	0	3
%	0	6,25	2,08	4,17	10,41	66,67	0	6,25

Pour une patiente la profession de la patiente n'était pas renseignée. Pour deux conjoints la profession n'était pas renseignée également.

D) Comparaison de la patientèle de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier

Pour effectuer cette comparaison des différents indicateurs, il est nécessaire d'avoir recours à un test statistique. Nos variables sont qualitatives. Afin de savoir quel test utiliser, nous devons calculer le $n \cdot p$ le plus faible pour le critère comparé, n représente l'effectif de l'échantillon et p la proportion de la modalité (par exemple HPP sévère). On pose une hypothèse nulle qu'on appelle H_0 . Cela signifie que la variation entre les deux groupes pour un même indicateur est due au hasard. La valeur de la p value donne la probabilité que le hasard explique une différence égale ou supérieure à celle que l'on observe entre nos deux échantillons, lorsque l'hypothèse nulle est vraie. Cette probabilité doit être inférieure à 5 % pour que cette variation ne soit pas expliquée uniquement par le hasard[26].

Pour tous les critères comparés le $n \cdot p$ est inférieur à cinq, nous devons employer un test exact de Fisher (Annexe II).

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs néonataux: le score d'Apgar à 5 min, le pH artériel et la couleur du liquide amniotique.

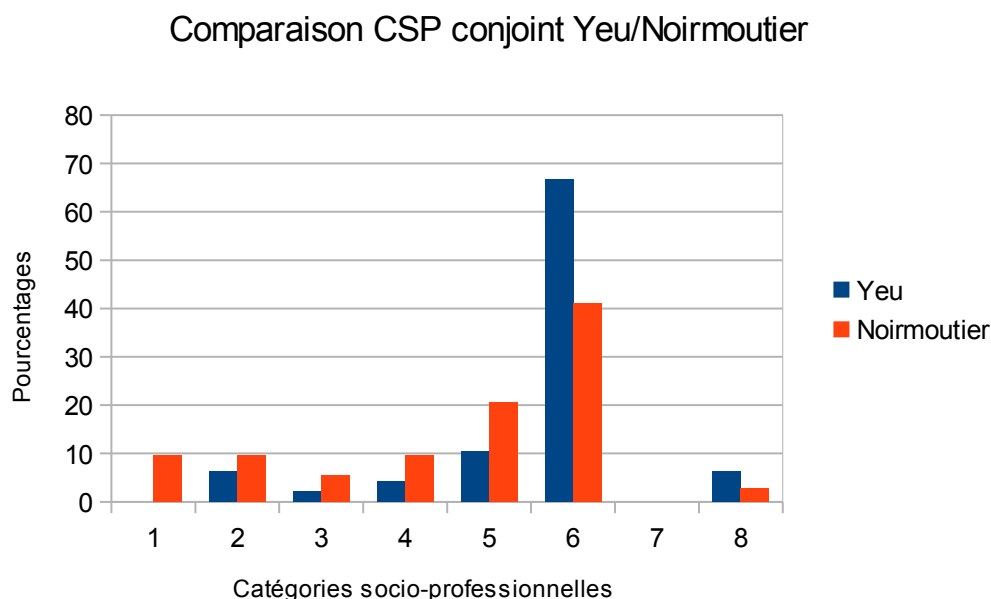
Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs maternels: HPP et les déchirures périnéales.

Il n'existe pas de différences significatives pour les transferts en post-partum.

L'âge moyen auquel les patientes ont leur premier enfant est identique dans les deux groupes soit vingt-six ans.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour la catégorie socio-professionnelle des patientes. Cependant nous avons retrouvé une différence significative pour la catégorie socio-professionnelle de leur conjoint. Nous avons un $n \cdot p$ de 0 (0*0/48) et une p value de 0,03.

Graphique I



Par ailleurs, il existe une différence significative pour les évacuations en urgence. Nous avons un n^*p de 3 et une p value de 0,003. Il y a donc plus d'évacuations en urgence à l'Ile d'Yeu par rapport à Noirmoutier. Nous pouvons conclure qu'il y a plus d'évacuations en urgence dans un territoire insulaire que non insulaire isolé.

E) Comparaison de la patientèle de l'Ile d'Yeu et du groupe contrôle

Pour cette nouvelle comparaison, nous avons procédé de la même manière avec un test statistique. Nous avons également utilisé le test exact de Fisher car les n^*p étaient tous inférieurs à cinq (Annexe III).

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs néonataux: le score d'Apgar à 5 min, le pH artériel et la couleur du liquide amniotique.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs maternels: HPP et les déchirures périnéales.

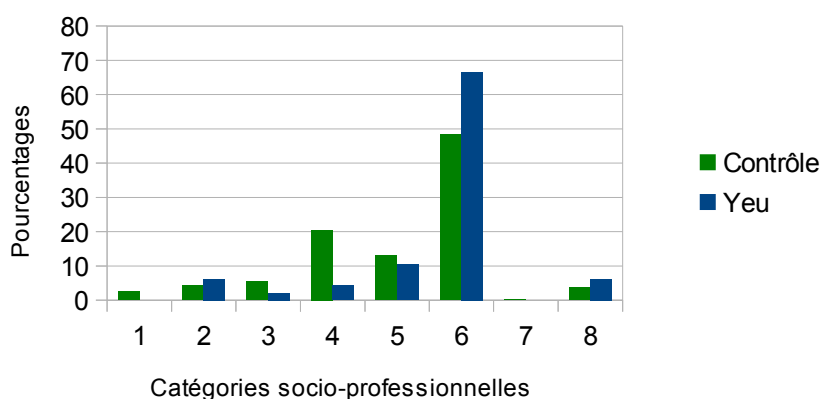
Il n'existe pas de différences significatives pour le transfert en post-partum.

L'âge moyen auquel les patientes ont leur premier enfant est identique dans les deux groupes soit vingt-six ans.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour la catégorie socio-professionnelle des patientes. Cependant nous avons retrouvé une différence significative pour la catégorie socio-professionnelle de leur conjoint. Nous avons un n^*p de 0 (0*0/48) et une p value de 0,032.

Graphique II

Comparaison CSP conjoint Contrôle/Yeu



Par ailleurs, il existe une différence significative pour les évacuations en urgence. Nous avons un n^*p de 3,03 et une p value de $1,12 \times 10^{-12}$. Il y a donc plus d'évacuations en urgence à l'Ile d'Yeu par rapport à la patientèle de Challans. Nous pouvons conclure qu'il y a plus d'évacuations en urgence dans un territoire insulaire que dans un territoire non isolé.

F) Comparaison de la patientèle de Noirmoutier et du groupe contrôle

Pour cette dernière comparaison, nous avons procédé de la même manière avec un test statistique. Nous avons également utilisé le test exact de Fisher car les n^*p étaient tous inférieurs à cinq (Annexe IV).

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs néonataux: le score d'Apgar à 5 min, le pH artériel et la couleur du liquide amniotique.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour les indicateurs maternels: HPP et les déchirures périnéales.

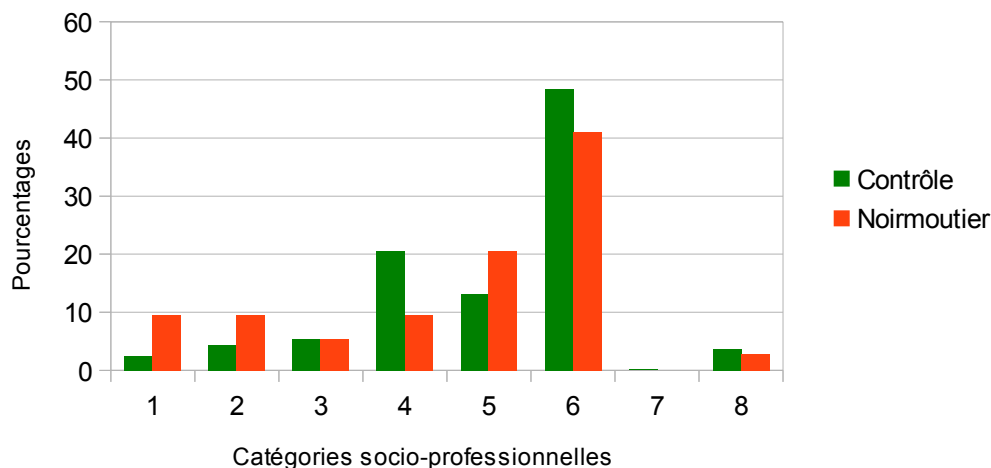
Il n'existe pas de différences significatives pour les transferts en post-partum.

L'âge moyen auquel les patientes ont leur premier enfant est identique dans les deux groupes soit vingt-six ans.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives pour la catégorie socioprofessionnelle des patientes. Cependant nous avons retrouvé une différence significative pour la catégorie socio-professionnelle de leur conjoint. Nous avons un n^*p de 0 ($0^*0/73$) et une p value de 0,004.

Graphique III

Comparaison CSP conjoint Contrôle/Noirmoutier



Par ailleurs, il existe une différence significative pour les évacuations en urgence. Nous avons un n^*p de 3 et une p value de 0,03. Il y a donc plus d'évacuations en urgence à Noirmoutier par rapport à la patientèle de Challans. Nous pouvons conclure qu'il y a plus d'évacuations en urgence dans un territoire isolé que dans un territoire non isolé.

G) Résultats questionnaire

Le nombre de questionnaires recueillis ne nous a pas permis d'exploiter les données. Néanmoins, nous les utiliserons dans notre discussion.

IV) Discussion

Tout d'abord, nous abordons les effectifs des différents groupes. Il est vrai que nous avons été limitée par le nombre réduit de patientes de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier: comment remédier à ce problème ? Différentes solutions peuvent être envisagées.

En prolongeant le recueil de ces données sur plus de trois ans. Par exemple sur une décennie ce qui n'était pas possible dans le cadre de ce mémoire.

En reprenant les *flux charts*, il nous est apparu que nous aurions pu recruter les patientes à bas risques mais ayant accouché ailleurs. Précédemment, nous avons abordé le biais lié aux différences de pratique entre les établissements de santé. Seulement, est-ce justifié de le prendre en compte ? Lors du recueil de données, l'idée nous est venue de comparer les données du réseau sécurité naissance avec celles du groupe contrôle. En effet, un des rôles du réseau sécurité naissance est d'homogénéiser les pratiques. Cette comparaison aurait également permis d'éviter la constitution du groupe contrôle qui a été particulièrement chronophage et peut-être rendre les différentes comparaisons que nous avons faites plus puissantes du point de vue statistique.

Cependant même s'il n'y a pas de différences significatives (Annexe V) entre le groupe contrôle que nous avons constitué et les données du réseau sécurité naissance, plusieurs problèmes persistent. D'une part, les données du réseau sécurité incluent les grossesses à risques et d'autre part, elles n'étaient pas disponibles pour tous les indicateurs notamment néonataux. Cette absence de significativité entre le groupe contrôle et les données du réseau sécurité naissance nous questionne sur la légitimité d'écarter à priori les grossesses à risques de nos échantillons. Ce qui a restreint l'effectif de ces derniers.

Les faibles effectifs s'expliquent également par des refus de publications des avis de naissance par les familles pour lesquels il n'existe pas de solutions, c'est le droit de chacun.

La faiblesse des effectifs est la première limite de cette étude.

Dans nos résultats, il n'y a pas de différences significatives pour les indicateurs néonataux et maternels pour les grossesses que nous avons incluses, c'est à dire celles à bas risques. Cette absence de différences significatives peut s'expliquer par la limite exposée ci-dessus mais également par le fait que la prise en charge médicale est suffisamment efficiente.

Bien que les patientes présentant une grossesse dite à bas risques constituent la majorité de la patientèle, une des raisons pour lesquelles nous avons décidé de diffuser un questionnaire était de recueillir des informations sur la surveillance des grossesses pathologiques. Les patientes ne se déplacent pas toujours sur le continent ou du moins pas aussi souvent que ne le feraient d'autres patientes (surveillance des retards de croissance intra-utérins, diabète gestationnel avec retentissement fœtal...). En effet, les déplacements vers le continent engendrent des frais supplémentaires. Par ailleurs cela entraîne plus d'anxiété et les professionnels hospitalisent plus facilement les patientes ou recommandent de rester plus longtemps sur le continent. Il n'y a pas de sage-femme qui passe afin de réaliser une surveillance du rythme cardiaque fœtal. Cela reste une difficulté des médecins généralistes de l'Ile d'Yeu.

Il semble que pour Noirmoutier les patientes se déplacent plus facilement vers le CH LVO.

Ce questionnaire avait également pour but d'évaluer la satisfaction des patientes sur leur prise en charge globale du point de vue médical mais aussi concernant l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Malheureusement sa diffusion a été difficile et nous n'avons pas pu recueillir suffisamment de réponses pour l'exploiter statistiquement. Était-il trop long ? Il présentait cependant les avantages d'être validé à l'international et d'être complet. Nous avons recueilli une réponse de l'Ile d'Yeu, une de Noirmoutier et une vingtaine des environs de Challans. Dans ces retours les patientes exprimaient le fait qu'elles n'avaient pas pu bénéficier de préparation à la naissance et à la parentalité alors qu'elles le souhaitaient mais ce pour des raisons différentes: pour celle de Noirmoutier car « il n'y avait plus de places » et pour la patiente de l'Ile d'Yeu la sage-femme était en arrêt de travail. Durant les mois qui ont suivi aucune sage-femme ne s'est rendue à l'Ile d'Yeu du fait de cet arrêt de travail. Le PRADO est également absent à l'Ile d'Yeu, une puéricultrice y exerce en libéral mais elle n'est pas remplacée lorsqu'elle est absente.

Dans nos résultats, les évacuations en urgence sont significativement plus fréquentes chez les patientes de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier par rapport au groupe contrôle. Il en est de même entre la patientèle de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier. Certaines durées de travail sont très courtes, nous ne pourrions donc pas éviter toutes les évacuations en urgence et les

AIEH. Cependant en dispensant les conseils adaptés à ces patientes notamment sur quand se rendre à la maternité, nous pourrions en éviter une partie. Dans quelles circonstances pouvons-nous fournir ces informations ? En consultation mais aussi en cours de préparation à la naissance et à la parentalité comme cela est déjà fait. Mais l'information reste imparfaite et il faudrait envisager des protocoles écrits plus précis et renforcer la communication entre les différents intervenants. Il serait donc important que toutes les patientes de Noirmoutier et l'Ile d'Yeu bénéficient de cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Pour la patientèle de l'Ile d'Yeu, il est important de continuer à présenter les avantages d'un départ de l'Ile d'Yeu à trente neuf semaines d'aménorrhée ou encore le déclenchement au même terme ou du moins l'intérêt de ne pas attendre trop longtemps lorsqu'elles commencent à ressentir des contractions, ainsi que de leur rappeler les contraintes d'une évacuation sanitaire, d'autant plus difficile selon les conditions météorologiques. Certaines patientes émettent le souhait d'un logement mis à disposition à proximité de la maternité, dans le même esprit que la maison des familles pour les parents d'enfants hospitalisés.

Pour les patientes de Noirmoutier, peut-être que les risques sont sous évalués du fait de la présence du pont. Pour les patientes de Noirmoutier et les patientes habitant en zones isolées en général, serait-il envisageable de proposer un déclenchement ? Par ailleurs, il est nécessaire d'inclure les conjoints dans l'information.

Il est vrai que nous ne retrouvons pas plus de complications maternelles et néonatales pour ces deux groupes mais n'est-ce pas mettre les équipes et les couples en difficulté par cette sous-évaluation des risques ?

L'autre indicateur où nous avons retrouvé une différence significative est la catégorie socio-professionnelle des conjoints pour les trois comparaisons: entre le groupe contrôle et le territoire insulaire ou entre le groupe contrôle et le territoire péninsulaire ou encore entre le groupe péninsulaire et insulaire. Cette différence significative concerne surtout la proportion d'ouvriers et pour Noirmoutier les agriculteurs exploitants sont plus nombreux.

Ces différences significatives peuvent s'expliquer par les activités économiques propres à chaque territoire notamment la pêche, le tourisme, l'ostréiculture et la compagnie Yeu-Continent. Notre mémoire n'est pas une étude sociologique. Cependant nous pouvons nous demander si ces différences significatives peuvent influencer les comportements du couple lors du suivi de grossesse (surveillance des grossesses pathologiques), lors de la mise en travail (quand se rendre à la maternité, les évacuations en urgence et les AIEH) et le post-partum (surveillance pondérale du nouveau-né) au même titre que les ouvriers ont moins recours aux médecins spécialistes et sont plus hospitalisés que les cadres comme cela a été démontré statistiquement[29]. Si dans notre étude l'influence est réelle comment adapter et jusqu'où adapter notre prise en charge et nos actions de prévention afin de prendre en compte les souhaits et les besoins de ces différentes populations? Précédemment, nous avons mentionné une patiente qui n'avait pas pu bénéficier de cours de préparation à la naissance et à la parentalité, la seule alternative est de se rendre sur le continent mais cela engendre des frais supplémentaires.

Nous avons déjà abordé la problématique des grossesses pathologiques. Des problématiques se posent autour des autres compétences des sages-femmes.

Trois médecins généralistes de l'Ile d'Yeu peuvent assurer un suivi gynécologique mais ceux-ci effectuent déjà de nombreuses tâches par ailleurs. Il en est de même pour le

gynécologue du CH LVO qui se rend une fois par mois à l'Ile d'Yeu. Une sage-femme pourrait compléter cette équipe.

Concernant Noirmoutier le suivi gynécologique est assuré conjointement par des médecins généralistes et la sage-femme.

Nous pouvons également réfléchir à propos des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse. Il semble peu prudent de proposer cette méthode « en ville » du fait du risque hémorragique rare mais grave dont la prise en charge nécessite un bloc opératoire et une équipe pluridisciplinaire adaptés, Noirmoutier et l'Ile d'Yeu en sont dépourvus.

En centre d'orthogénie, « l'expulsion » n'a pas forcément lieu sur le temps d'hospitalisation, le risque hémorragique étant toujours présent, il est demandé aux patientes de ne pas rester seule la nuit suivante. Serait-il plus prudent de recommander aux patientes insulaires et péninsulaires de rester sur le continent ou plus près du centre d'orthogénie ? Où sont-elles hébergées ? Des connaissances ? La famille ? Cette dernière option n'est pas toujours aisée dans un contexte d'interruption volontaire de grossesse. Il reste alors l'option onéreuse d'un hébergement privé. Les patientes de Belle-Ile font ce choix, constat fait lors d'un stage au centre d'orthogénie du groupe hospitalier Brocéliande-Atlantique. L'autre possibilité est de prolonger l'hospitalisation voire de les transférer en gynécologie. Est-ce envisageable d'un point de vue organisationnel ? Ou encore, la méthode instrumentale doit-elle être imposée ? Cela pose question par rapport aux droits des patientes.

Conclusion

Pour introduire ce travail nous sommes partie de constats nationaux:

- un temps de trajet médian pour se rendre à la maternité stable malgré la fermeture de certains établissements,
- la littérature montrant des résultats contradictoires concernant l'impact de la distance et du temps de trajet sur la santé néonatale
- une absence de données sur la santé maternelle.

Différents constats locaux ont également été exposés: une région dense en maternités mais avec des disparités intra-régionales.

Différentes problématiques ont alors émergé: «La distance a-t-elle un impact négatif sur la santé néonatale et maternelle ? Existe-t-il des différences entre une zone insulaire (Ile d'Yeu) et une zone péninsulaire (Noirmoutier) ? Existe-t-il des différences entre les patientèles de ces territoires avec une logistique particulière et une patientèle des environs de Challans?»

Ensuite nous avons présenté plus amplement les territoires objets de notre étude: Challans où se trouve une maternité de type I, Noirmoutier le territoire péninsulaire représentant les zones isolées dites «classiques» et l'Ile d'Yeu le territoire insulaire avec son tissu associatif important et les possibilités d'évacuation en urgence qui existent.

Puis nous avons analysé nos données statistiques: les taux d'évacuation en urgence et les catégories socio-professionnelles des conjoints qui étaient significativement différents sur les trois comparaisons que nous avons effectuées: entre le groupe contrôle et Noirmoutier, entre le groupe contrôle et l'Ile d'Yeu et enfin Noirmoutier et l'Ile d'Yeu. Il existe donc des différences entre un territoire péninsulaire et insulaire et également par rapport au groupe contrôle. Toutefois, nous n'avons pas retrouvé de différences

Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

significatives sur la santé maternelle (HPP, déchirures périnéales) et néonatales (Apgar à cinq minutes, pH, couleur de liquide amniotique).

Par ailleurs, nous souhaitions distribuer un questionnaire afin d'aborder la surveillance des grossesses pathologiques et la satisfaction des patientes. Seulement la diffusion a été difficile et nous n'avions pas assez de retours pour en faire une analyse fine.

Ultérieurement, nous avons cherché à expliquer l'absence de différences significatives pour les indicateurs maternelles et néonataux. Tout d'abord, nous avons évoqué le fait que les effectifs de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier étaient faibles. Comment remédier à ce problème ? En prolongeant la durée du recueil de données ? Cela n'était pas possible dans le cadre de ce mémoire. Aurions-nous pu éviter la constitution du groupe contrôle ? En effet, il n'y a pas de différences significatives sur les indicateurs maternels entre les données du réseau et le groupe contrôle. Aurions-nous dû prendre en compte les grossesses à risques de complications et les patientes ayant accouché dans une autre structure afin d'augmenter la taille des effectifs des groupes de l'Ile d'Yeu et Noirmoutier ? Si les données concernant les indicateurs néonataux avaient été disponibles, nous aurions sans doute pu le faire.

La deuxième explication de cette absence de significativité statistique est une prise en charge médicale suffisamment efficiente.

Par la suite, nous avons abordé les différences significatives observées sur le taux d'évacuation en urgence. Nous avons souligné l'importance de l'information aux couples notamment ceux originaires de l'Ile d'Yeu sur les avantages d'un départ sur le continent ou d'un déclenchement artificiel du travail à trente neuf semaines d'aménorrhée. Nous nous sommes alors demandée si pour Noirmoutier, nous pourrions proposer une prise en charge similaire car les risques sont sans doute sous évalués. Ces informations sont délivrées lors des consultations et en préparation à la naissance et à la parentalité mais il n'est pas toujours possible que toutes les patientes en bénéficient.

Nous avons fait de même avec la catégorie socio-professionnelle des conjoints. Nous expliquons ces différences par les activités économiques propres aux territoires étudiés. Nous nous sommes questionnée sur l'influence de ces différences sur les comportements des couples face à la périnatalité. Sans rentrer dans une étude sociologique, nous avons conclu que cette influence devait exister au même titre qu'elle est présente dans d'autres comportements de santé.

Pour terminer nous avons élargi nos questionnements aux autres compétences des sages-femmes: le suivi gynécologique et l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.

Pour conclure ce mémoire nous tenons à remercier de nouveau toutes les personnes qui ont permis la réalisation de ce mémoire ainsi que les lecteurs de ce travail que nous avons eu plaisir à accomplir.

Annexes

- Annexe I: Catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE

- 1 Agriculteurs exploitants
- 2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- 3 Cadres et professions intellectuelles supérieures
- 4 Professions Intermédiaires
- 5 Employés
- 6 Ouvriers
- 7 Retraités
- 8 Autres personnes sans activité professionnelle

- Annexe II: Valeurs des n*p et des pValue pour les indicateurs où la différence n'était pas significative. Comparaison entre Noirmoutier et l'Ile d'Yeu.

Indicateurs	Np	pvalue
Apgar	0 (=48*0)	1
pH artériel	1 (=48*0,0208)	0,99
Couleur LA	1 (=48*0,0208)	0,51
Transfert	0 (=48*0)	0,52
HPP	0 (=48*0)	0,858
Déchirures	0 (=48*0)	0,886
CSP mère	0 (=48*0)	0,812

- Annexe III: Valeurs des n*p et des pValue pour les indicateurs où la différence n'était pas significative. Comparaison entre l'Ile d'Yeu et Challans.

Indicateurs	Np	pvalue
Apgar	0 (=48*0)	0,764
pH artériel	1 (=48*0,0208)	0,2736
Couleur LA	1 (=48*0,0208)	0,056
Transfert	0 (=48*0)	1
HPP	0 (=48*0)	0,198
Déchirures	0 (=48*0)	0,67
CSP mère	0 (=48*0)	0,89

- Annexe IV: Valeurs des n*p et des pValue pour les indicateurs où la différence n'était pas significative. Comparaison entre Noirmoutier et Challans.

Indicateurs	Np	pvalue
Apgar	1 (=73*0,0137)	0,459
pH artériel	1 (=73*0,0137)	0,308
Couleur LA	1 (=673*0,0461)	0,516
Transfert	0 (=73*0,0274)	0,69
HPP	1 (=73*0,0137)	0,32
Déchirures	0 (=673*0,0015)	0,44
CSP mère	1 (=73*0,0137)	0,234

- Annexe V: Comparaison entre le groupe contrôle et le réseau sécurité naissance. C'est également un test de Fisher qui a été utilisé. [27] [28]

Indicateurs	pvalue
HPP	0,11
Déchirures périnéales	0,143

- Annexe VI : Questionnaire adapté aux patientèles étudiées

Bonjour,

Je suis Agathe, étudiante sage-femme en quatrième année à Nantes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête de satisfaction à propos de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale, en particulier les problématiques que peuvent créer la distance. Ce questionnaire est anonyme.

Votre participation à cette enquête est particulièrement précieuse quant à la conduite de mes recherches. C'est pourquoi je vous remercie par avance de votre participation à celle-ci.

Commune de résidence:

Lieu d'accouchement:

Si vous avez déjà donné naissance par le passé, il est demandé de considérer ici les soins que vous avez reçus en rapport avec la plus récente de vos grossesses, accouchements et périodes post natales.

Partie A: La grossesse

1. Quel(s) professionnel(s) a (ont) effectué votre suivi de grossesse? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses.)

- Médecin généraliste
- Sage-femme à l'hôpital
- Sage-femme libérale
- Médecin à l'hôpital
- Autre:

2. A quel terme de votre grossesse avez-vous eu votre première consultation avec une sage-femme ou un médecin ?

- Moins de 8 semaines
- 8-12 semaines
- 13-20 semaines
- 21-30 semaines
- Plus de 30 semaines
- Pas certaine

Agathe QUESTEL, Être insulaire, et alors?

3. Pensez-vous que cela ait été un nombre approprié de consultations?

- Oui
- Non, pas assez
- Non, trop
- Je ne sais pas

4. Est-ce qu'il y avait la possibilité que vos consultations de grossesse soient faites par une sage-femme si vous le souhaitiez?

- Oui
- Non
- Pas certaine
- Je ne sais pas

5. Est ce qu'il y avait la possibilité que vos consultations de grossesse soient faites par un médecin généraliste si vous le souhaitiez?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

6. Est ce qu'il y avait la possibilité que vos consultations de grossesse soient faites par un gynécologue-obstétricien si vous le souhaitiez ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

7. Votre grossesse a-t-elle nécessité une surveillance particulière?

- Oui
- Non

8. Si oui, pour quelles raisons?(Vous pouvez cocher plusieurs réponses.):

- Vous attendiez des jumeaux
- Des antécédents particuliers
- Un diabète gestationnel
- Une hypertension artérielle
- Votre bébé était estimé petit
- Votre bébé était estimé de beau poids
- Autre, précisez:

9. Si oui, cette surveillance a-t-elle été optimale?

- Pas du tout
- Oui plutôt
- Oui, tout à fait

10. Si cette surveillance n'a pas été optimale, quelles en étaient les raisons ?

- Situation géographique
- Situation professionnelle
- Autre, précisez:

11. Avez-vous eu des consultations de suivi par une sage-femme?
- Oui, continuer de répondre à la question 12 ci-dessous
 - Non, continuer de répondre à partir de la question 16

Grossesse suivie par une sage-femme

12. Combien de sages-femmes différentes ont effectué vos consultations de suivi?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou plus
13. Est-ce que cela était facile d'avoir un rendez-vous avec une sage-femme si vous le souhaitiez?
- Oui
 - Plus ou moins
 - Non
14. Était-ce important pour vous d'avoir rendez-vous avec la même sage-femme à chaque consultation?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
15. Aviez-vous confiance dans les compétences professionnelles de la sage-femme?
- Toujours
 - Oui la plupart du temps
 - Pas toujours
 - Non
16. Avez-vous eu des consultations de suivi avec votre médecin généraliste?
- Oui, continuer de répondre à la question 17 ci-dessous
 - Non, continuer de répondre à partir de la question 21

Grossesse suivie par médecin généraliste

17. Combien de médecins généralistes différents ont effectué vos consultations de suivi?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 ou plus
18. Est-ce que cela était facile d'avoir un rendez-vous avec un médecin généraliste si vous le souhaitiez?
- Oui
 - Plus ou moins
 - Non

19. Était-ce important pour vous d'avoir rendez-vous avec le même médecin généraliste à chaque consultation?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

20. Aviez-vous confiance dans les compétences professionnelles du médecin généraliste?

- Toujours
- Oui la plupart du temps
- Pas toujours
- Non

21. Avez-vous eu des consultations de suivi avec un gynécologue obstétricien?

- Oui, continuer de répondre à la question 22 ci-dessous
- Non, continuer de répondre à partir de la question 26

Grossesse suivie par un gynécologue-obstétricien

22. Combien de gynécologue-obstétricien différents ont effectué vos consultations de suivi?

- 1
- 2
- 3
- 4 ou plus
- Non concernée (une seule consultation)

23. Est-ce que cela était facile d'avoir un rendez-vous avec un gynécologue-obstétricien si vous le souhaitiez?

- Oui
- Plus ou moins
- Non

24. Était-ce important pour vous d'avoir rendez-vous avec le même gynécologue-obstétricien à chaque consultation?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas
- Non concernée (qu'une seule consultation)

25. Aviez-vous confiance dans les compétences professionnelles du gynécologue-obstétricien?

- Toujours
- Oui la plupart du temps
- Pas toujours
- Non

La préparation à la naissance

26. Avez-vous bénéficié de séances de préparation à la naissance et à la parentalité?

- Oui
- Non

27. Si oui, cela a-t-il répondu à vos attentes?

- Oui, tout à fait
- Oui partiellement
- Non

28. Si non, pour quelle(s) raisons?

- Vous ne souhaitiez pas en bénéficier.
- Il n'y en avait pas la possibilité.
- Autre, précisez:

Les échographies

29. Elles ont été réalisées:

- Sur l'île
- Sur le continent
- Aux deux endroits

30. Combien d'échographies avez-vous eu (en incluant celles de routine, trimestres 1,2 et 3)?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou plus

31. Pensez-vous que cela a été un nombre approprié d'échographies?

- Oui
- Non, pas assez
- Non, trop
- Je ne sais pas

32. Avez-vous reçu suffisamment d'informations concernant les échographies?

- Oui
- Non

33. Étiez-vous satisfaite du la sage-femme/le médecin qui a réalisé les échographies?

- Oui
- Pas toujours
- Non

34. De manière générale, étiez-vous satisfaite du service public (consultations de suivi de grossesse faites par la sage-femme ou le médecin gynécologue-obstétricien) lors de votre grossesse?

- Oui
- Pas toujours
- Non

Partie B: La naissance

35. Où avez-vous accouché?

- En salle d'accouchement à l'hôpital
- Prévus à votre domicile
- Non prévu, accouchement en urgence en dehors de l'hôpital

36. Si l'accouchement a eu lieu en urgence en dehors de l'hôpital, où était-ce?

37. Si l'accouchement a eu lieu en urgence en dehors de l'hôpital, qui était présent?

38. Si l'accouchement a eu lieu en urgence en dehors de l'hôpital, le personnel de santé avait-il du temps pour vous quand vous aviez besoin?

- Oui
- Oui mais pas assez
- Pas du tout

39. Si l'accouchement a eu lieu en urgence en dehors de l'hôpital, trouvez-vous que le personnel de santé était ouvert à vos questions?

- Oui
- Oui mais pas assez
- Pas du tout

40. Avez-vous donné naissance à un ou plusieurs enfant(s)?

- Un enfant
- Des jumeaux
- Triplés ou plus

41. A quel terme étiez-vous quand l'enfant est né?

- Moins de 28 semaines (moins de 6 mois)
- Entre 28 et 32 semaines (entre 6 et 7 mois)
- Entre 33 et 36 semaines (entre 7 et 8 mois)
- Entre 37 et 41 semaines (entre 8 et 9 mois, c'est à dire aux alentours du terme prévu)
- Vous n'êtes pas certaine

42. Quel était le poids de votre enfant à la naissance? Si vous avez donné naissance à des jumeaux ou plus, répondez pour le premier né.

- En dessous de 1000g
- Entre 1000 et 1500g
- Entre 2501 et 4500g
- Plus de 4500g

43. Comment avez-vous donné naissance?

- Par voie naturelle spontanément
- Par voie naturelle avec l'aide d'instruments (forceps, ventouse, spatule)
- Par le siège
- Par césarienne

Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

44. Aviez-vous confiance dans les compétences professionnelles du personnel de santé?
- Toujours
 - Oui, la plupart du temps
 - Pas toujours
 - Non pas du tout
45. Votre conjoint a-t-il été bien accueilli par le personnel de santé en salle d'accouchement?
- Oui, très bien
 - Oui, plutôt
 - Non plutôt pas
 - Pas du tout
 - Non concernée
46. Est-ce que les choses ont été organisées pour que votre conjoint soit présent si vous le souhaitiez tous les deux?
- Oui, très bien
 - Oui, plutôt
 - Non plutôt pas
 - Pas du tout
 - Non concernée
47. Si votre conjoint n'était pas présent, était-ce:
- Par sa situation géographique
 - Par choix
 - Par son travail
 - Par la présence d'aînés
 - Pour des raisons financières
 - Ne souhaite pas répondre
48. De manière générale, avez-vous été satisfaite des services que vous avez reçu en salle d'accouchement?
- Oui, très bien
 - Oui, plutôt
 - Non plutôt pas
 - Pas du tout
49. De manière générale, est-ce que les services que vous avez reçus correspondent à ce que vous vous attendiez?
- Beaucoup mieux à ce que vous attendiez
 - Un peu mieux à ce que vous attendiez
 - Correspond à ce que vous attendiez
 - Un peu inférieurs
 - Très inférieurs

Partie C: Séjour post natal

Cette partie concerne votre séjour à la maternité. Si vous avez été dans différents lieux, donnez votre impression globale.

Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

50. Combien de temps êtes-vous restée après la naissance?

- Moins de 24h
- 1-2 jours
- 3-4 jours
- 5-6 jours
- 7 jours ou plus

51. Pensez-vous que la durée de votre séjour était appropriée?

- Oui
- Non, trop courte
- Non, trop longue

52. Où avez-vous passé la plus grande partie de la période post natale?

- Chambre seule à la maternité
- Chambre double à la maternité

53. Votre enfant était:

- Dans votre chambre
- Transféré à la Roche/yon
- Transféré au CHU de Nantes
- Transféré dans un autre établissement

54. Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur votre santé physique et psychique après l'accouchement?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas du tout

55. Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur la santé et les soins à apporter à votre enfant?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas du tout

56. Avez-vous reçu suffisamment d'aide sur les soins de votre enfant durant votre séjour à la maternité?

- Oui tout à fait
- Oui, plutôt
- Pas du tout

57. Avez-vous reçu suffisamment d'informations sur l'allaitement et les autres modes d'alimentation de l'enfant?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas du tout

58. Précisez le mode d'alimentation de votre bébé:

- Sein
- Biberon
- Les deux

Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

59 Votre conjoint a-t-il été bien accueilli par le personnel de santé en maternité?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée

60. Est-ce que les choses ont été organisées pour que votre conjoint soit présent si vous le souhaitiez tous les deux?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée

61. Si votre conjoint n'était pas présent, était-ce:

- Par sa situation géographique
- Par choix
- Par son travail
- Par la présence d'aînés
- Pour des raisons financières
- Ne souhaite pas répondre

62. Avez-vous eu le passage d'une sage-femme pour vous informer au sujet de la contraception et du retour à la maison?

- Oui
- Non

63. Si oui, quels bénéfices avez-vous retirés de ce passage?

- Aucun bénéfice
- Quelques bénéfices
- Beaucoup de bénéfices
- Vous n'avez pas eu cette consultation

64. Le personnel de santé en maternité, vous a-t-il indiqué à qui vous adresser si vous aviez des questions après votre retour à la maison?

- Oui
- Non
- Pas certaine

65. Si oui, à quels professionnels vous a-t-on adressée? (Plusieurs réponses sont possibles)

- Sage-femme libérale
- Sage-femme et puéricultrice de PMI
- Médecin généraliste
- Pédiatre
- Vers l'hôpital

66. Avez-vous eu recours à ces professionnels?

- Oui
- Non

67. Si oui, contacter un de ces professionnels a-t-il été facile?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée

68. Le recours à ces professionnels a-t-il répondu à vos attentes?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée
-

69. A votre sortie, aviez-vous besoin de soins particuliers (cicatrice de césarienne, déchirures périnéales...)?

- Oui
- Non

70. Si oui, cela a-t-il été facile de trouver un professionnel pour les effectuer?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée

71. Votre bébé avait-il besoin d'un suivi particulier (alimentation, suivi pondéral...)?

- Oui
- Non

72. Si oui, cela a-t-il été facile de trouver un professionnel pour l'effectuer?

- Oui, très bien
- Oui, plutôt
- Non plutôt pas
- Pas du tout
- Non concernée

73. En somme, les services que vous avez reçus correspondent-ils à ce que vous attendiez?

- Beaucoup mieux à ce que vous attendiez
- Un peu mieux à ce que vous attendiez
- Correspondent à ce que vous attendiez
- Un peu inférieurs
- Très inférieurs

Partie D:

74. Quel est votre âge?
..... ans

75. Êtes-vous mariée, liée par un PACS ou en concubinage?

- Mariée
- En concubinage
- Liée par un PACS
- Non

76. Quel est votre plus haut diplôme?

- Brevet
- BEP/CAP
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat général ou technologique
- Études supérieures 1-4 ans
- Études supérieures >4 ans
- Autre:

77. Quelle était votre activité quotidienne lorsque vous n'étiez pas en congé maternité?

Sélectionnez une seule réponse

- Salariée
- Profession indépendante
- Congé maladie ou disponibilité
- Étudiante
- Mère au foyer
- Au chômage
- Autre:

78. De manière générale, vous diriez que votre santé est:

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

79. Combien de fois avez-vous accouché par le passé? (En excluant ce dernier accouchement)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou plus

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre. Vous pouvez ajouter un commentaire si vous le souhaitez:

Bibliographie

1. « INSULAIRE : Définition de INSULAIRE ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/insulaire>. [Consulté le: 01-juill-2019].
2. « PENINSULAIRE »: Définition de PENINSULAIRE ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/insulaire>. [Consulté le: 01-juill-2019].
3. A. Baillot et F. Evain, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », p. 8.
4. E. Combier *et al.*, « Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy », *Health Place*, vol. 24, p. 225-233, nov. 2013.
5. H. Pilkington, B. Blondel, N. Drewniak, et J. Zeitlin, « Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France », *Eur J Public Health*, vol. 24, no 6, p. 905-910, déc. 2014
6. « Les maternités ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/les-maternites/>.
7. Ville de Challans, la Mairie de Challans et sa commune (85300) », *Annuaire-Mairie*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.annuaire-mairie.fr/ville-challans.html>.
8. Présentation générale / Espace établissement / Accueil / Racine - Le Centre hospitalier Loire Vendée Océan vous souhaite la bienvenue sur son site [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-lvo.fr/Espace-etablissement/Presentation-generale>
9. « Les chiffres clés de l'île de Noirmoutier | Communauté de communes de l'île de Noirmoutier », 16-déc-2010. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cdc-iledenoirmoutier.com/la-communaute-de-communes/le-territoire-de-l-ile-de-noirmoutier/chiffres-cles>.
10. « L'histoire de L'île d'Yeu », *Office de Tourisme de l'île d'Yeu*, 06-juin-2018. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ile-yeu.fr/decouvrir/plonger-dans-l-histoire-de-l-ile-d-yeu/l-histoire-de-l-ile-d-yeu>.
11. Un Centre de Santé à l'île d'Yeu / Les actualités - Année 2011 / Toute l'actualité / En un clic / Accueil / Racine - Le Centre hospitalier Loire Vendée Océan vous souhaite la bienvenue sur son site [Internet]. [cité 9 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ch-lvo.fr/En-un-clic/Toute-l-actualite/Les-actualites-Annee-2011/Un-Centre-de-Sante-a-l-Ile-d-Yeu>
12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
Agathe QUESTEL, *Être insulaire, et alors?*

13. P.WEISS À partir du cas de l'Ile d'Yeu, exemple d'évolution de l'offre de soins : de la médecine libérale à la création d'un centre de santé.; 2016.
14. Présentation_accord_national_cds-maj_avenant_1_mode_de_compatibilite.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2019]. Disponiblesur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375019/document/presentation_accord_national_cds-maj_avenant_1_mode_de_compatibilite.pdf
15. Point Info Famille – Mairie de l'Ile d'Yeu [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.mairie.ile-yeu.fr/point-info-famille/>
16. Jacques Salomé - Méthode E.S.P.E.R.E. - Communiquer autrement - Concepts de base [Internet]. [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.j-salome.com/methode-e.s.p.e.r.e.html>
17. S.ROBIN Accouchements inopinés sur l'Ile d'Yeu: identification et analyse des déterminants. 2017. 1 vol. (82 f.).
18. Score de Malinas [Internet]. [cité 5 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/calculateurs/MALINAS.html>
19. Score SPIA [Internet]. [cité 30 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/calculateurs/SPIA.htm>
20. Goddet NS, Pes P, Bagou G, Templier F, Hamel V. Régulation de la femme enceinte : pour un accouchement inopiné. :14.
21. Bouet P-E, Chabernaud J-L, Duc F, Khouri T, Leboucher B, Riethmuller D, et al. Accouchements inopinés extrahospitaliers. /data/revues/03682315/v43i3/S0368231513001233/ [Internet]. 1 mars 2014 [cité 5 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/874235>
22. Billon M, Bagou G, Gaucher L, Comte G, Balsan M, Rudigoz R-C, et al. Accouchement inopiné extrahospitalier: prise en charge et facteur de risque. /data/revues/03682315/v45i3/S0368231515001003/ [Internet]. 8 mars 2016 [cité 5 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1037794>
23. Nguyen M-L, Lefèvre P, Dreyfus M. Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 1 janv 2016 [cité 5 juill 2019];45(1):86-91. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515000630>
24. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [cité 10 oct 2019]. Disponible sur: <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>

25. Sjetne IS, Iversen HH, Kjøllesdal JG. A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 21 août 2015 [cité 9 juill 2019];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546178/>
26. Que veut dire « statistiquement significatif » ? - EM|consulte [Internet]. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/143553>
27. Activité des maternités et des services de néonatalogie [Internet]. [cité 20 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.reseau-naissance.fr/activite-des-maternites-et-des-services-de-neonatalogie/>
28. Olivier M. Chiffres réseau. 2019
29. DREES. Les déterminants individuels des dépenses de santé. 2002.

Résumé

Introduction: Différentes études montrent des résultats contradictoires sur l'impact de la santé périnatale et nous n'avons pas d'informations sur la santé maternelle. Nous nous sommes alors intéressée aux patientèles de Noirmoutier, l'Ile d'Yeu et des environs de Challans, plus précisément pour que cela corresponde au temps médian d'accès national.

Objectif: Notre étude avait pour but de déterminer s'il y avait des différences entre ces trois patientèles sur la santé périnatale et maternelle et ainsi permettre une réflexion sur la prise en charge des patientes.

Matériel et méthode: Pour comparer ces trois patientèles, nous avons étudié des indicateurs généraux que sont les CSP, l'âge maternel moyen du premier enfant et le taux d'AIEH. En ce qui concerne la santé périnatale et maternelle, nous avons utilisé l'acidose, l'Apgar à cinq minutes, le taux de transfert, d'HPP et de déchirures périnéales. Un questionnaire de satisfaction a été également distribué.

Résultats: Il n'existe pas de différences significatives concernant les indicateurs maternels et néonataux pour les trois patientèles. Les catégories socio-professionnelles des conjoints est significativement différente entre la patientèle de l'Ile d'Yeu et de Noirmoutier. Le taux d'évacuation en urgence est significativement différent entre la patientèle de l'Ile d'Yeu et les autres patientèles ainsi qu'entre le groupe contrôle et celui de Noirmoutier. Pas de retours suffisant pour le questionnaire.

Discussion: Nous avons cherché à expliquer l'absence de significativité. Premièrement nous l'avons expliquée par la faiblesse des effectifs et avons cherché à y remédier. Deuxièmement par une prise en charge médicale efficiente. En ce qui concerne les évacuations en urgence, nous avons souligné l'importance de l'information. Pour les différences des catégories socio-professionnelles des conjoints, nous nous sommes demandée si cela influençaient les comportements des couples face à la périnatalité.

Mots clés : santé périnatale, santé maternelle, prise en charge, distance, périnatalité.