

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-287

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Émilie BILLIER

Présentée et soutenue publiquement le 07/12/2021

**État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins
généralistes insulaires à partir d'entretiens semi-dirigés**

Président : Monsieur le Professeur Stéphane PLOTEAU

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DUCARME

Remerciements

A Monsieur le Professeur Stéphane Ploteau,

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury. En espérant que mon travail aura fait écho à la pratique de la gynécologie sur l'île de Noirmoutier.

A Madame le Docteur Rosalie Rousseau,

Je vous remercie de votre disponibilité pour faire partie de mon jury.

A Monsieur le Docteur Guillaume Ducarme,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagnée dans ce sujet original. Vos conseils m'ont été précieux. Merci également pour la formation que vous m'avez apportée lors de mon passage aux UGO du CHD, je garde un bon souvenir de mon stage.

Aux médecins des îles du Ponant, je vous remercie pour votre aide, j'espère avoir rendu hommage à votre pratique. Vous exercez dans un cadre exceptionnel.

A mes maîtres de stage, merci pour le partage de vos connaissances. Vous m'avez grandement aidée pour devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Au Dr Tiphaine Migliorini, je te remercie de me faire confiance pour la prise en charge de tes patients et pour nos nombreuses mini RCP qui me permettent de prendre confiance en moi dans ce premier remplacement.

A Papa et Maman, pour votre soutien sans faille. Comme il n'y a que dans le dictionnaire que le mot réussite vient avant le mot travail, cette fois-ci on peut le dire, c'est fait !! Je vous remercie, c'est quand même aussi grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. J'espère toujours vous distraire avec mes brèves de consultations. Je vous aime et vous dédie ce travail.

A Jean-Yves, merci pour ton soutien depuis que je suis petite. Je crois que ton côté chauvin breton a un peu déteint sur moi ! Je te remercie pour la revue de presse que je reçois régulièrement.

A Corinne, je te remercie pour tous tes bons conseils. Avec toi, les problèmes n'existent pas, il n'y a que des solutions !

A Vianney, Valentine et Estelle (dans l'ordre d'apparition !), j'espère toujours rester votre grande sœur modèle, en tous cas vous pourrez toujours compter sur moi !

A mes grands-parents Bon-papa et Bonne-maman, Mick et Pagé, Elise et Louis, pour ces moments partagés si précieux et votre bienveillance, j'espère que vous prendrez plaisir à lire mon travail.

A Tata Anne, tonton Hien, Adèle, les « Nguyguy », je fais désormais partie de la team des médecins de la famille !

A Olivier, mon cousin, à nos bêtises d'enfants et à notre complicité de grands !

A ma belle-famille, merci pour votre accueil, j'apprécie de passer des moments à vos côtés.

A **Sandra**, ma voisine de toujours, à nos délires et nos confidences, l'esprit de Rozolen city sera toujours là !

A **Jessica**, à notre P1 passée ensemble, à nos fous-rires au tutorat et en amphi. Cette année n'aurait pas été la même sans toi.

A **Manue**, à notre amitié depuis cette incroyable rencontre à la sortie du TER Quimper-Brest, je te souhaite le meilleur.

A mes « **Kiss les choux** », Marion, François, Fred, Yoann, Mathieu, William, Claire, Tiphaine, Caro, qu'est-ce qu'on aura bien ri durant ces années de carabins brestois ! A nos soirées improbables, nos WEI, nos skis qui resteront des fabuleux souvenirs.

A mes **Luçonnais Alix, Benoit, Inès et Marie** : à nos premiers pas ensemble en tant qu'interne. Je vous souhaite d'être épanouis dans l'exercice de la médecine.

Aux **co-internes et amis nantais** qui se reconnaîtront sans qui l'internat n'aurait pas été le même.

Enfin à **Adrien**, mon « darling », je te remercie pour ton amour, ton soutien, ta douceur. A toutes nos aventures à venir, j'ai hâte !

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABBREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION	8
1) LA MEDECINE GENERALE INSULAIRE	8
a. Un exercice particulier.....	8
b. Un choix de vie et de carrière	9
c. Inconvénients	9
d. Population insulaire.....	10
e. Évolution de la médecine générale insulaire	11
2) LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE DES FEMMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES	12
a. Médecins généralistes et gynécologie-obstétrique en France.....	12
b. La gynécologie-obstétrique insulaire.....	15
3) PROBLEMATIQUE ET OBJECTIF DE L'ETUDE	17
MATERIELS ET METHODES	18
1) TYPE D'ETUDE ET CHOIX DE LA METHODE	18
2) POPULATION DE L'ETUDE	18
- Les îles du Ponant	18
- Échantillon	19
3) LE GUIDE D'ENTRETIEN	19
4) DEFINITIONS	20
5) LES ENTRETIENS	20
6) METHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS : L'ANALYSE THEMATIQUE	21
RESULTATS	22
1) CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON	22
a. Age, sexe	22
b. Répartition géographique des interrogés.....	23
c. Mode d'exercice	24
d. Durée d'installation.....	24
e. Formation en gynécologie.....	25
2) PRATIQUE DE LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE INSULAIRE.....	26
a. Fréquence des consultations dédiées à la gynécologie- obstétrique.....	26
b. Gestes techniques.....	27
c. Les suivis de grossesse.....	28
d. Prélèvements biologiques.....	29

e.	<i>Le second recours</i>	29
f.	<i>La gestion de l'urgence</i>	30
3)	LES DIFFICULTES RESSENTIES	32
a.	<i>Les difficultés ressenties liées à la situation géographique</i>	32
b.	<i>Les difficultés ressenties liées au médecin</i>	35
c.	<i>Les difficultés ressenties liées à la population insulaire</i>	37
2)	LES BESOINS EXPRIMES	38
a.	<i>Le besoin de consultations avancées</i>	38
b.	<i>Le besoin matériel/ logistique</i>	39
c.	<i>Le besoin d'informer autour de la prévention</i>	39
d.	<i>Le besoin de formation médicale continue</i>	40
e.	<i>Le besoin de télémédecine</i>	40
DISCUSSION		41
1)	ÉTUDE	41
2)	ÉCHANTILLON	41
3)	PRATIQUE DE LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE INSULAIRE.....	42
4)	DIFFICULTES MISES EN EVIDENCE ET PISTES D'AMELIORATION PROPOSEES	44
5)	FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE.....	48
CONCLUSION		50
BIBLIOGRAPHIE		51
ANNEXES		54
	<i>Annexe n°1 : guide d'entretien</i>	54
	<i>Annexe n°2 : caractéristiques de l'échantillon</i>	55
	<i>Annexe n°3 : évolution démographique insulaire (nombre d'habitants/ km2)</i>	57

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

CLS : Contrat local de santé

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CNGOF : Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français

DIU : Dispositif intra-utérin

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute autorité de santé

HCG : human chorionic gonadotropin (hormone chorionique gonadotrope humaine)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SNSM : Service National de Sauvetage en Mer

INTRODUCTION

1) La médecine générale insulaire

a. Un exercice particulier

L'exercice de la médecine en condition insulaire est particulier pour plusieurs raisons : Les médecins qui y exercent revendiquent la polyvalence et la diversité de leur métier, véritable « couteaux-suisse » pour leurs patients. Ils doivent à la fois gérer les maladies chroniques pour des patients de moyenne d'âge plutôt élevée mais également faire face à des urgences dont ils doivent assurer la prise en charge jusqu'à l'arrivée d'une aide médicale en provenance du continent (1).

En raison de leur attrait touristique, les îles sont très prisées lors de la belle saison avec une importante augmentation de la population (multipliée par 10) (2), au contraire de l'hiver où seuls les îliens sont présents. Cette variabilité saisonnière induit une différence dans le nombre de consultations quotidiennes, ainsi que dans leurs motifs avec une nette prédominance des pathologies aiguës en été. Les médecins prévoient alors des renouvellements d'ordonnance plus long pour la patientèle locale afin d'éviter d'être débordés en juillet et août (3).

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne associée aux collectivités territoriales ont mis en place un Contrat Local de Santé (CLS) 2016-2020 pour les îles bretonnes du Ponant. L'objectif était la mise en place de stratégies pour une meilleure organisation de l'accessibilité des soins de premier et second recours pour les insulaires mais aussi l'organisation de l'aide médicale urgente. Il a été observé en 2019, que le CLS avait permis pour ces îles une présence médicale ou paramédicale constante, une amélioration des transports vers le continent facilitant l'accès aux consultations spécialisées, l'augmentation de l'utilisation de la télémédecine permettant une expertise à distance. La prévention en santé a également été améliorée (2).

b. Un choix de vie et de carrière

Ces médecins prônent un environnement favorable et une qualité de vie meilleure en comparaison de celle qu'ils ont connu lors de leur installation sur le continent. Avec un temps de trajet domicile-travail réduit, des visites à domicile faites en vélo, la proximité du bord de mer, une vie « hors du temps » où ils n'ont pas l'impression de consulter de la même façon.

Ils décrivent leurs conditions de travail comme très bonnes avec un exercice varié, une absence de routine, un rapport beaucoup plus omnipraticiens « touche-à-tout » que lors de leurs précédents exercices continentaux (4).

Le plus faible nombre de consultations en hiver leur permet de prendre le temps avec leurs patients, dont ils connaissent parfaitement les antécédents et le mode de vie du fait d'une population et d'un territoire réduits (3).

c. Inconvénients

L'autonomie médicale que la médecine insulaire induit permet une diversité de pratique mais est reconnue comme étant parfois pesante, certains médecins exerçant seuls sur leur île sont d'astreintes 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ils répondent donc présents aux appels des îliens de jour comme de nuit (1).

Le développement professionnel continu, obligatoire pour tout médecin est également freiné pour ces médecins insulaires (3). Ils ne peuvent y accéder que sous réserve de trouver un remplaçant, notamment pour les petites îles ne comportant qu'un seul médecin.

L'augmentation importante de la population en saison, augmente également leur quantité de travail avec un nombre de consultations plus important. Mais il y a également plus d'appels pour des urgences qu'ils doivent évaluer et prendre en charge avant de passer la main si nécessaire au centre 15.

Il a été aussi mis en évidence que l'éloignement géographique avec les structures hospitalières rendait plus difficile l'accessibilité aux spécialistes et aux plateaux techniques. Même si les patients se rendent en bateaux sur le continent, ils doivent souvent prendre un moyen de transport supplémentaire pour se rendre à leur consultation (4).

L'isolement quasi permanent est donc reconnu comme principale difficulté de la médecine générale insulaire. Les médecins n'ont pas la possibilité qu'un patient vu en consultation le matin soit examiné par le spécialiste l'après-midi pour avis, sauf urgence avec évacuation. Les patients, eux, sont dépendants des horaires des bateaux.

d. Population insulaire

Les îles métropolitaines françaises habitées sont représentées majoritairement par les îles du littoral Atlantique et de la Manche. Ces dernières sont regroupées en une association créée en 1971 appelée « Les Iles du Ponant » qui comprend les îles non reliées au continent par un pont (5).

Sur les cinquante dernières années, la démographie des îles du Ponant a diminué (6). Cette tendance est liée en grande partie à une baisse de moitié du taux de natalité insulaire alors que le taux de mortalité est stable voire en légère augmentation. Elle est liée également à la crise des activités traditionnelles comme la pêche, qui a engendré une diminution de l'activité économique globale, et au départ des jeunes sur le continent pour y faire leurs études (7).

La figure 1 illustre ce phénomène avec un nombre d'habitants au km² qui diminue sur les îles du Ponant en comparaison avec celui de la métropole qui augmente.

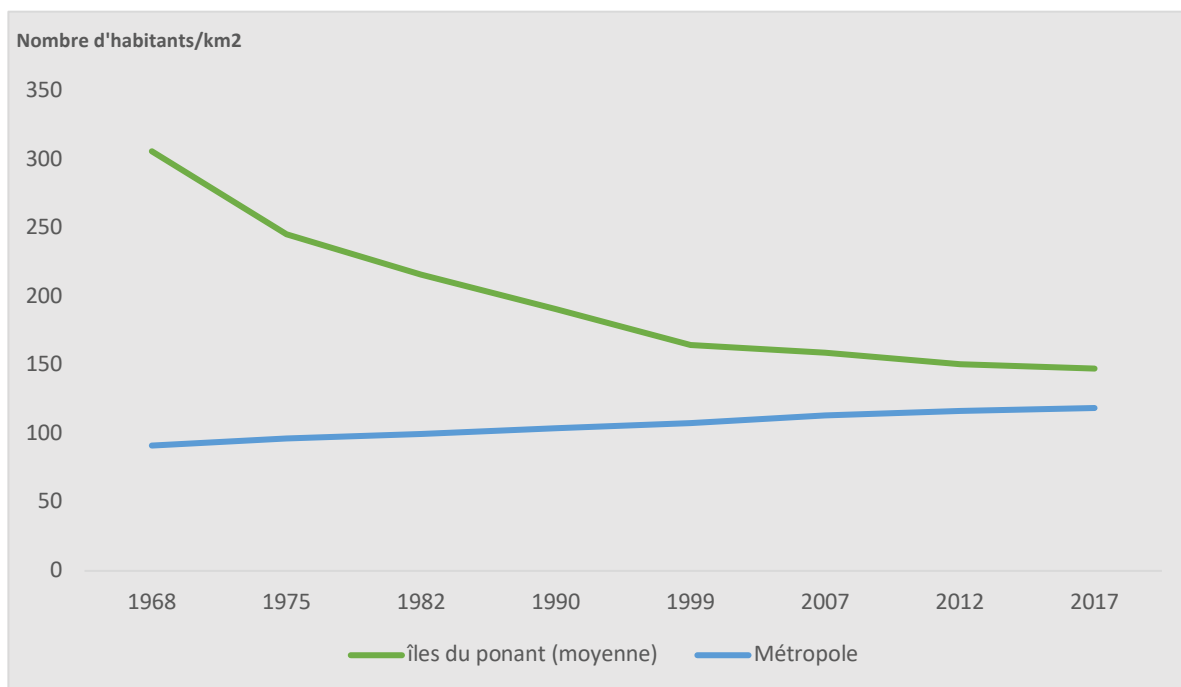


FIGURE 1. ÉVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE DES ILES DU PONANT EN COMPARAISON AVEC CELLE DE LA FRANCE METROPOLITAINE

Les grandes îles du Ponant (Belle-Île-en-mer et Yeu) échappent à ce phénomène et voient leur population régulièrement augmenter (tableau en annexe) en lien avec des activités maintenues et un solde migratoire positif.

Cependant, les politiques actuelles, le souhait des continentaux de changer leur mode de vie et plus récemment la crise sanitaire induit une augmentation de la population locale et permet de limiter voire de stabiliser cette tendance (8).

Concernant l'âge des insulaires :

- La proportion des plus de 60 ans augmente alors que celle des moins de 60 ans diminue, surtout la tranche d'âge des 30-45 ans (6).
- La proportion des plus de 75 ans était de 14,4% en 2016, plus élevée que la proportion régionale bretonne qui était de 10,3% (2).

e. Évolution de la médecine générale insulaire

Il semble que les attraits de la vie insulaire aient permis l'installation de nouveaux médecins généralistes sur les îles bretonnes du Ponant. En 2006, Claire Boisbunon avait

interrogé pour sa thèse de médecine la totalité des médecins soit 13 médecins et Noémie Kéravec en a interrogé 17 en 2016, soit une augmentation de 31% (1,9).

2) La prise en charge de la santé des femmes par les médecins généralistes

a. Médecins généralistes et gynécologie-obstétrique en France

Selon les définitions de la WONCA 2002 (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians), les médecins généralistes « sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline (...) chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie ». L'activité professionnelle des médecins généralistes « comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies ... » (10).

Selon l'étude ECOGEN (étude des éléments de consultation en médecine générale) (11), la part des consultations de gynécologie-obstétrique en médecine générale était de 4% en 2014. L'observatoire de la médecine générale montre qu'en 2009, les consultations pour contraception représentaient 7,3% des consultations chez les femmes (12).

Ces chiffres peu concordants montrent néanmoins l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes.

1. Des freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique en médecine générale

Une étude de 2005 interrogeant 139 médecins généralistes bretons sur leur activité gynéco-obstétricale a montré que seulement 54% s'estimaient compétents et que les principales difficultés rencontrées étaient la gestion de plusieurs motifs et la réticence des patientes. De plus, 23% des médecins répondaient que leur propre réticence aux examens gynécologiques était un frein (13).

Une autre étude de 2013 réalisée en Indre-et-Loire interrogeant 200 médecins généralistes a mis en évidence d'autres difficultés :

- Les patientes méconnaissent les compétences en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes et se tournent vers d'autres professionnels de santé ;
- Le suivi gynécologique est déjà fait par un autre professionnel ;
- Le temps passé dans ces consultations est souvent chronophage par rapport à la rémunération obtenue.

Plusieurs solutions ont été proposées comprenant plus d'information à destination des patientes et plus de formation et de coopération interprofessionnels (14).

2. Les médecins généralistes se forment

De plus en plus de diplômes universitaires (DU) autour de la gynécologie-obstétrique sont proposés aux médecins généralistes au sein des facultés dans le cadre de la formation médicale continue. La thèse de C. Legroux sur les motivations et attentes des médecins généralistes concernant les DU de gynécologie (15) montrait que les principales motivations à l'inscription aux DU étaient de varier leur activité, réaliser plus de gestes mais aussi de pallier au manque d'effectif en gynécologues médicaux et obstétriciens.

Il existe également des diplômes complémentaires d'échographie en médecine générale comprenant une formation pour une utilisation en gynécologie. L'échographie est un outil indispensable à la pratique de la gynécologie-obstétrique car :

- En gynécologie : il permet la prise en charge des ménorragies, des douleurs pelviennes et des infections génitales.
- En obstétrique : il permet la surveillance du fœtus notamment grâce aux 3 échographies prévues par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il est également utile dans les situations pathologiques (métrorragies pendant la grossesse, diminution des mouvements actifs fœtaux, perte de liquide amniotique...).

Une utilisation courante en médecine générale permet à un opérateur entraîné de prendre en charge des métrorragies du 1^{er} trimestre, de vérifier le bon positionnement d'un dispositif intra-utérin (DIU) immédiatement après la pose de celui-ci ou de dater une grossesse.

Cependant elle ne permet pas la réalisation des échographies obstétricales qui nécessitent des compétences approfondies donc en pratique réservées aux médecins spécialistes.

3. Démographie féminine française (16)

En France, la population féminine représente 51,7% de la population française totale au 1^{er} janvier 2020. Même si des disparités régionales existent, le ratio hommes/femmes national est de 0,94.

Entre 2004 et 2020, la population féminine a augmenté de 7,4%, contre une augmentation de 6,9% de la population masculine sur la même période.

4. Démographie médicale gynécologique

- Les gynécologues médicaux : ils étaient 2795 en 2018 et ont vu une baisse de leur effectif de 22% entre 2013 et 2018. La densité médicale en gynécologues médicaux est passée de 12,9 à 9,8 praticiens pour 100 000 françaises de 15 ans ou plus. Et ce phénomène devrait s'accroître car l'âge moyen des gynécologues médicaux était de 60,8 ans en 2018 (17). On peut donc prévoir qu'il y aura des départs en retraite dans les années à venir et auront pour conséquence la poursuite de la diminution de ces effectifs, même si, depuis 2015, de plus en plus de gynécologues médicaux sont formés : 84 en 2021 contre 68 en 2015 (18).
- Les gynécologues obstétriciens : ils sont plus nombreux que leurs homologues médicaux et leur nombre a augmenté de 4253 en 2013 à 5030 en 2018, ce qui permet également une augmentation de leur densité médicale (17,6/ 100000 femmes de 15 ans ou plus). L'âge moyen est de 47,5 ans (17).

Cependant, le Conseil National de Gynécologie Obstétrique Français (CNGOF) nous dit que « les spécialistes de la gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause » (19).

La diminution de la démographie médicale gynécologique française démontre bien l'importance du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes, en particulier dans les zones rurales dont font partie les territoires insulaires.

5. Et les sages-femmes ?

Les sages-femmes font partie intégrante de la santé des femmes : elles sont prescriptrices et peuvent réaliser leur suivi gynécologique tout au long de leur vie et faire le suivi des grossesses physiologiques. Elles accompagnent la rééducation périnéale dans le post-partum et peuvent pratiquer l'échographie gynéco-obstétricale. Leur rôle et leurs compétences sont mises de plus en plus en avant car elles offrent une prise en charge complémentaire à celle des médecins (20), surtout dans cette problématique de diminution démographique médicale gynécologique.

b. La gynécologie-obstétrique insulaire

1. La problématique médicale des territoires ruraux

La santé des femmes dans les territoires éloignés des grandes métropoles dont font partie les îles est un enjeu majeur de santé publique du fait de la désertification médicale de ces zones :

- Il en résulte une moindre consommation de soins dans ces territoires (21) : en effet l'éloignement avec les structures médicales induit une diminution du recours aux soins, donc une diminution de l'accès à la prévention avec par extension une augmentation de la morbi-mortalité.
- Une distance avec les maternités grandissante avec la fermeture des petites structures : la France a vu la fermeture de 37% de ses maternités (de 816 à 517 maternités) de 1995 à 2016. L'objectif de cette baisse était de sécuriser les accouchements en fermant les maternités n'ayant qu'une faible activité (moins de 350 accouchements par an) (22). L'éloignement avec les maternités majore le risque d'accouchements extrahospitaliers (23) et la situation géographique oblige les patientes à anticiper leur terme. Sur l'île d'Yeu, il y a eu 12 accouchements inopinés entre 2006 et 2017 avec un pic de 5 évènements en 2017 (24).

Malgré cela, une étude de 2013 a objectivé entre 2001 et 2010 un temps médian d'accès stable aux maternités de 17 minutes. Il existe cependant des disparités importantes entre les départements français (25) et encore 2% du territoire est à plus de 45 minutes d'une structure obstétricale. D'autant plus que le premier critère de choix d'une maternité par les femmes est la proximité de celle-ci par rapport à leur lieu de vie (26).

La loi Buzyn votée en 2019 qui recrée une carte de 500 à 600 hôpitaux de proximité ne prévoit pas d'y associer l'ouverture de maternités (27).

Une étude de 2014, a montré qu'il n'y avait pas de lien entre la distance lieux de vie-maternité et la mortalité foetale et néonatale (28). En revanche, le risque d'hypothermie néonatale est lui significativement augmenté (29).

La fermeture des maternités françaises est au détriment des petites maternités à faible activité, ce qui éloigne donc encore plus les îliennes de leur lieu d'accouchement.

Par exemple, la maternité de Belle-Île-en-Mer a fermé il y a plus de 25 ans. La fermeture administrative de cette maternité n'empêche pas l'utilisation de ses équipements encore en place lorsqu'un accouchement extrahospitalier survient (table d'accouchement, table chauffante pour le nouveau-né...) bien que plus aux normes actuelles (4). Les îliennes doivent sinon aller à Lorient ou Vannes pour accoucher.

2. La démographie des femmes insulaires

En 2017, la population féminine insulaire représentait 51,1% avec un ratio hommes/femmes de 0,95. Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés pour la démographie féminine française (6).

3. Une prise en charge par les médecins généralistes

D'après ce que nous avons vu précédemment, le médecin généraliste insulaire n'est donc plus seulement le système pivot de la santé des femmes : il est le principal intervenant du suivi gynécologique des îliennes. Dans une thèse de 2004, il était décrit que le suivi des grossesses sur les îles du Ponant était fait par le médecin généraliste (4).

3) Problématique et objectif de l'étude

Il y a donc un besoin de consultation de gynécologie et d'obstétrique sur ces territoires, que ce soit pour le suivi des quelques grossesses annuelles que pour la prévention et le suivi gynécologique des iliennes. Les médecins généralistes sont les principaux acteurs de cette prise en charge sur les îles.

L'éloignement, l'isolement sont des difficultés potentielles à cette prise en charge.

Peu d'études à ce jour ne décrivent la pratique gynéco-obstétrique insulaire et encore moins les difficultés pouvant être rencontrées.

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique insulaire au travers d'entretiens auprès des médecins généralistes exerçant sur les îles.

Les objectifs secondaires étaient d'une part d'objectiver les difficultés liées à cette pratique et d'autre part de mettre en évidence les propositions faites par ces médecins.

MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude et choix de la méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative, descriptive.

Dans ce travail, la méthode qualitative nous semblait la plus appropriée pour décrire comment les médecins généralistes insulaires pratiquent la gynécologie-obstétrique mais également comment ils la vivent au quotidien. Cette méthode permet d'être au cœur de la problématique mais aussi d'émettre des éléments de réponse auxquels nous n'aurions pas pensé spontanément.

2) Population de l'étude

- Les îles du Ponant :

Les îles du Ponant sont les 15 principales îles du littoral atlantique français, de la Normandie à la Charente maritime : l'Archipel de Chaussey, Bréhat, Batz, Ouessant, Molène, Sein, Les Glénan, Groix, Belle-Île, L'île aux Moines, Arz, Houat, Hoëdic, Yeu et l'île d'Aix. Treize de ces îles sont habitées en permanence (les îles de Chaussey et les Glénan sont dépourvus d'habitants).

L'ensemble ne compte pas moins de 15938 habitants pour 16300 hectares.

Les îles du Ponant diffèrent entre elles par l'éloignement avec le continent (de 500m des côtes pour l'île aux Moines à 15km pour Belle-Île-en-Mer), par leur taille (de 45ha pour l'archipel de Chaussey à plus de 85km² pour Belle-Île-en-Mer) mais aussi par leur dynamisme sociodémographique et leur offre de soins.

L'offre de soins sur les îles du Ponant est composée comme suit :

- Batz, Bréhat, Sein, l'île aux Moines et Houat ont 1 médecin sur place.

- Ouessant, Groix, Belle-Île-en-Mer et Yeu ont plusieurs médecins sur place : de 2 pour Groix à 7 pour l'île d'Yeu. Belle-Île-en-Mer et Yeu possèdent d'ailleurs un hôpital local.
- Molène, Arz, Hoëdic et Aix n'ont pas de médecin sur place : pour Molène et Aix, des médecins ont des plages de consultation sur l'île sans y être en permanence, il existe une permanence infirmière, comme sur Arz et Hoëdic.

- **Échantillon :**

Notre étude a été menée auprès des médecins généralistes exerçant sur les Îles du Ponant qu'ils soient installés ou remplaçants régulièrement là-bas.

Ces médecins ont été recrutés par mail et par téléphone, il leur été expliqué en quoi consistait le travail de recherche, puis un rendez-vous a été fixé en fonction de leur disponibilité.

3) Le guide d'entretien

Un guide d'entretien a été créé à l'aide de la littérature et des hypothèses à explorer et testé au préalable par un médecin généraliste remplaçant connu de l'enquêtrice. Il a été modifié après le 4ème entretien et n'a plus été modifié par la suite. La saturation des données (moment où l'analyse des données n'a plus contribué à de nouvelles interprétations) a été obtenue au 10ème entretien mais il a été décidé de terminer les entretiens prévus pour avoir plus de diversité sur les répondants.

La première partie de l'étude comporte des éléments démographiques quantitatifs liés au médecin interrogé.

La deuxième partie rassemble les résultats qualitatifs obtenus grâce à l'analyse des entretiens.

4) Définitions

- Formations :

Externat : de la 4ème à la 6ème année, les étudiants ont des cours théoriques et passent quelques semaines (en général autour de 4 semaines) en stage pratique.

Internat : stages pratiques dans la spécialité de 3 à 6 mois.

Diplôme inter-universitaire de gynécologie : Formation dispensée avec des cours théoriques tout au long d'une année scolaire évalués par un examen final et une validation de vacations pratiques en stage dans la spécialité.

La formation dite « maximale » en gynécologie-obstétrique représente le niveau le plus élevé de formation que le médecin a acquis au cours de ses études de médecine ou lors de sa formation continue.

5) Les entretiens

Cette étude a été réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés. Ils permettent de laisser une liberté de parole à l'interrogé tout en étant guidé par l'interviewer.

Les rencontres se sont déroulées du 8 août 2020 au 21 avril 2021. Quatre entretiens se sont faits en face à face au cabinet du médecin interrogé. Les autres entretiens se sont déroulés par téléphone en raison de la crise sanitaire.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont été retranscrit mot-à-mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte afin d'être analysés. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Les médecins répondants ont donné leur consentement oral à l'utilisation de l'enregistrement vocal. Ils sont référencés de la lettre A à la lettre K afin de garder leur anonymat.

6) Méthode d'analyse des entretiens : l'analyse thématique

Après retranscription, nous avons choisi d'analyser ces entretiens par une méthode d'analyse thématique dans une approche de théorisation ancrée, c'est-à-dire que la théorie se construit après analyse des données.

Les données ont été analysées par codage ouvert : cela signifie que des codes ont été émis après relecture des entretiens. Ce codage a été effectué en partie à l'aide du logiciel MAXQDA. Ces codes ont permis de dégager des idées maîtresses rassemblées en thématiques.

RESULTATS

1) Caractéristiques de l'échantillon

a. Age, sexe

Nous avons interrogé 11 médecins généralistes, dont 10 installés et 1 remplaçante régulière. Tous ont bien voulu répondre à l'entretien.

L'échantillon était composé de 8 femmes et de 3 hommes de 30 à 61 ans, pour un âge moyen de 43,7 ans.

Les entretiens ont duré de 13 à 34 minutes avec une durée moyenne de 24 minutes.

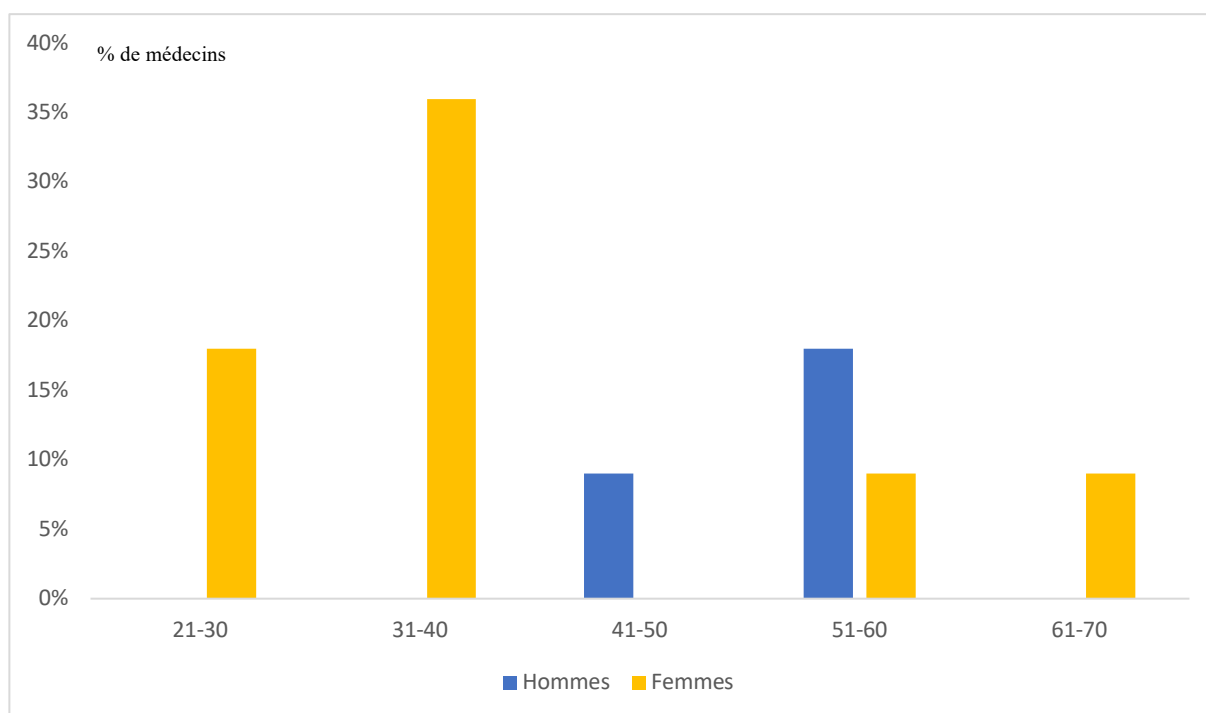


FIGURE 2. REPARTITION DES INTERROGES SELON L'AGE ET LE SEXE

b. Répartition géographique des interrogés



FIGURE 3. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES INTERROGES

c. Mode d'exercice

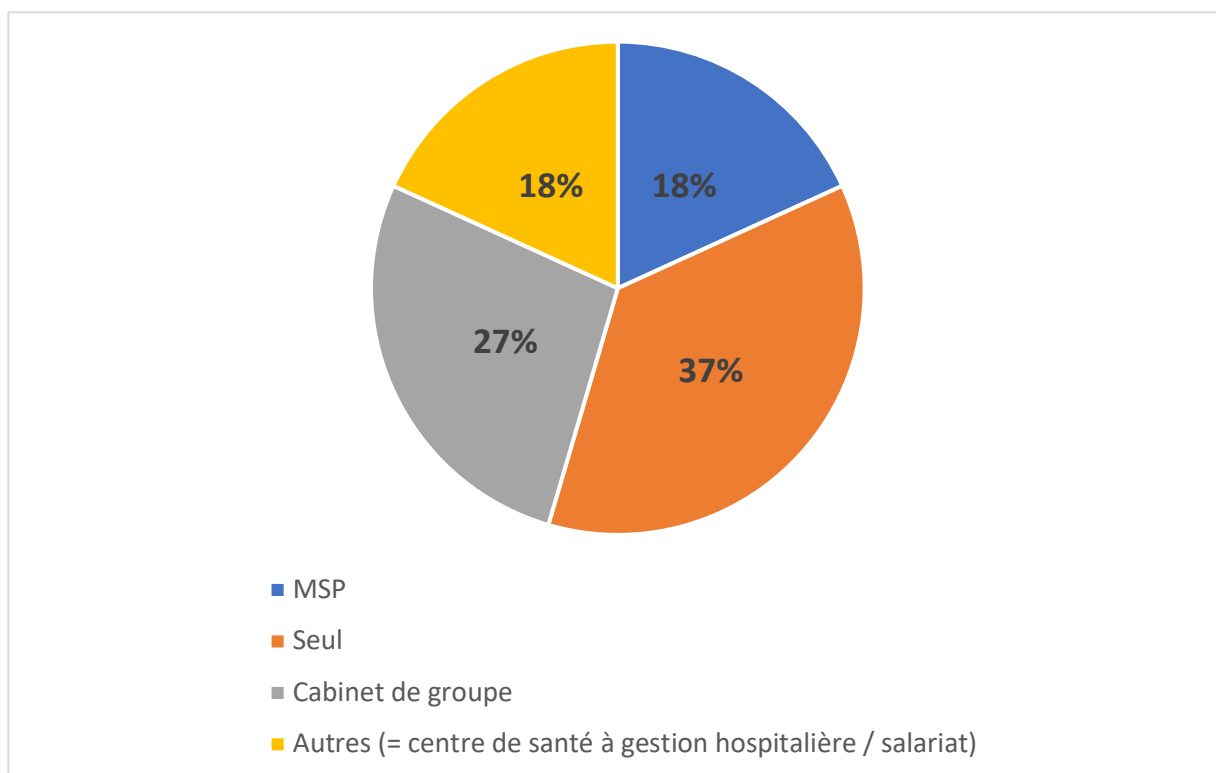


FIGURE 4. REPARTITION DU MODE D'EXERCICE

d. Durée d'installation

Neuf médecins interrogés sont installés depuis moins de 10 ans, dont 6 depuis moins de 5 ans. 1 médecin est installé depuis 30 ans. Un médecin est remplaçant fixe depuis 1 an et demi.

e. Formation en gynécologie

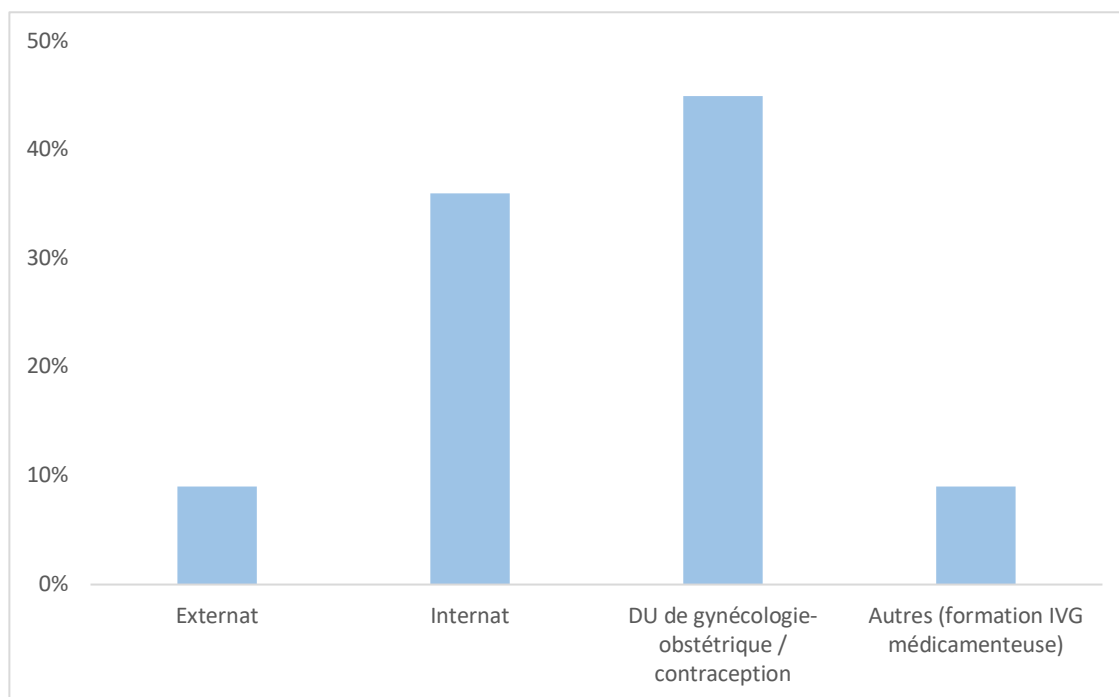


FIGURE 5. FORMATION MAXIMALE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Plus de la moitié des médecins interrogés possède un DU en lien avec la gynécologie (4 DU de gynécologie-obstétrique, 1 DU de contraception).

Dix médecins sur onze ont fait un stage en gynécologie-obstétrique au cours de leur internat.

2) Pratique de la gynécologie-obstétrique insulaire

a. Fréquence des consultations dédiées à la gynécologie- obstétrique

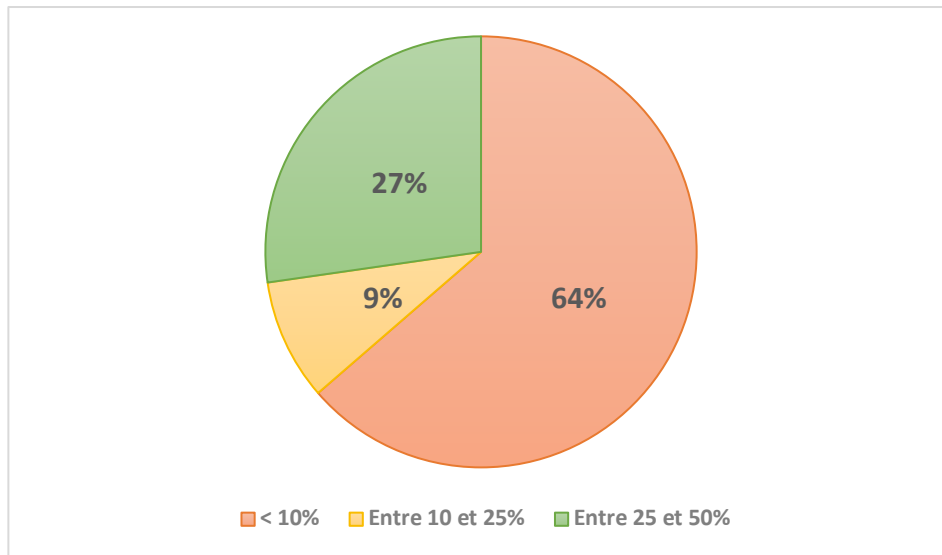


FIGURE 7. PART DU NOMBRE DE CONSULTATIONS DEDIEES A LA GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

La majorité des médecins interrogés a moins de 10% de consultations dédiées à la gynécologie-obstétrique.

Plus du quart des médecins considère que la part de leur consultation de gynécologie représente plus de 25% de leurs consultations totales.

Même si la part des consultations gynécologiques est « *très petite, minime* » (A), les médecins constatent que « *maintenant avec la généralisation des dépistages du cancer du col on a plus de demandes et il y a pas mal de femmes à qui on fait des frottis* » (H).

Ils décrivent en revanche une activité plus soutenue l'été avec le retour des pathologies estivales « *et des infections gynéco particulièrement en été, sea, sex and sun, ça pique, ça brûle* » (A).

Certains médecins estiment que ces consultations permettent de voir la femme dans sa globalité, discuter prévention : « *ça permet d'aborder plein de choses autre que la consultation habituelle sur la bienveillance, l'appréhension de la violence faite aux femmes* » (J) ; « *ça varie un peu des consultations qu'on peut faire autrement* » (H).

b. Gestes techniques

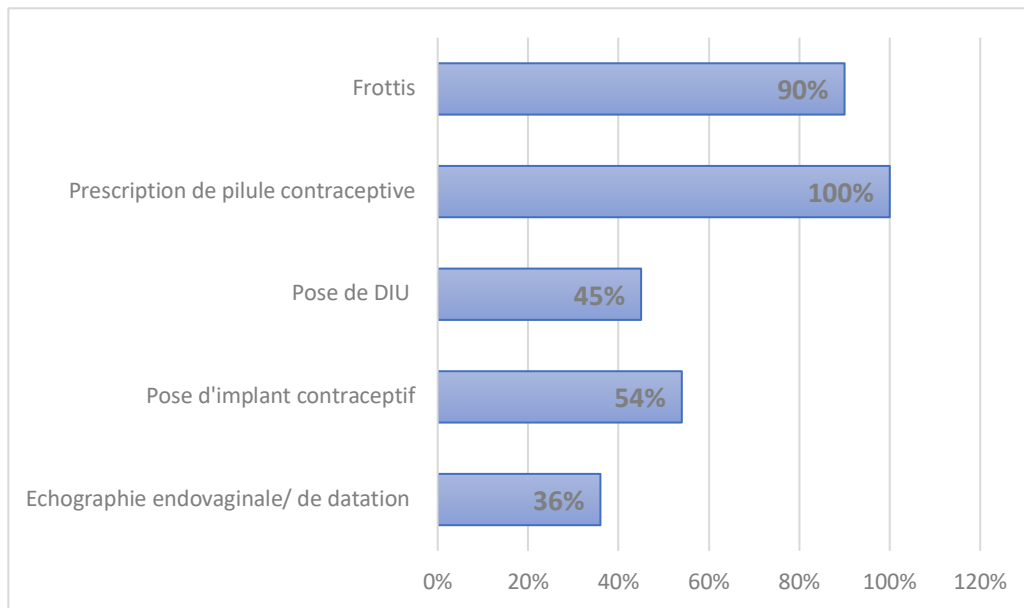


FIGURE 6. ACTES GYNECOLOGIQUES REALISEES

L'ensemble des médecins interrogés prescrit la pilule contraceptive, la moitié réalise la pose d'implant et un peu moins de la moitié la pose de DIU.

Quatre médecins font de l'échographie endovaginale, par exemple lors de la prise en charge « des hémorragies du 1^{er} trimestre, savoir s'il y a un sac gestationnel intra-utérin ou pas, s'il y a une activité cardiaque » (D).

Deux médecins sont plus particulièrement formés aux échographies de datation « on peut faire des échos de datation notamment quand on sait pas la date des dernières règles ou chez certaines femmes qui sont un peu anxieuses ou qui ont des antécédents particuliers » (D) ; « on fait une échographie de datation si demandé, on peut faire des échos endovaginales au 1^{er} trimestre mais par contre les échographies obligatoires des différents trimestres on les fait pas » (K).

Sur une des îles, les patientes ayant une prise en charge en Procréation Médicalement Assistée (PMA) sur le continent peuvent bénéficier d'un « compte des follicules antraux, ou pour savoir quand est-ce que ça va être le jour J de l'injection » (C), directement sur l'île grâce à un médecin suffisamment formé pour cet acte.

A la question « souhaiteriez-vous faire plus de consultation de gynécologie et pourquoi », la majorité des médecins a répondu favorablement d'une part car c'est une discipline qui leur plaît : « *Ah oui j'aime bien ça* » (A) ; « *oui je pourrai faire que ça de mon temps* » (C), d'autre part car ces médecins souhaitent que les îliennes consultent davantage pour leur suivi : « *J'aimerais en faire plus dans le sens où j'aimerais que les ouessantines se fassent mieux suivre sur le plan gynécologique* » (H) ; « *moi oui j'aimerais en faire plus parce que je pense que y a un besoin* » (G). Un autre médecin souhaiterait faire plus d'acte gynécologique « *pour pas perdre la main* » (F).

c. Les suivis de grossesse

Les médecins suivent de 0 à 15 grossesses par an, 4,4/an en moyenne.

Pour les médecins faisant du suivi de grossesse habituellement, il se fait comme sur le continent : les médecins font les consultations de suivi jusqu'au 7^e mois de grossesse inclus « *on fait jusqu'au 7^{ème} mois si tout va bien et puis après 8^{ème} et 9^{ème} elles font à l'hôpital sauf s'il y a un problème, voilà tous les mois, comme partout en France sauf les échos.* » (K) ; « *Je les vois tous les mois jusqu'au 8^e mois* » (A) ; « *Selon les recommandations de la HAS, du coup 1 fois par mois* » (I).

Certains médecins font très peu de suivis de grossesse car « *elles font leur suivi de grossesse plutôt sur le continent soit par un gynéco-obstétricien soit par une sage-femme* » (H) ; « *ça ne va pas beaucoup plus loin que le 1^{er} trimestre* » (G).

Les patientes doivent se déplacer sur le continent pour aller en consultation avec les sages-femmes « *La préparation à l'accouchement c'est sur le continent* » (K).

En ce qui concerne les grossesses pathologiques, certaines sont assurées sur place « *j'ai fait tout un suivi de grossesse l'année dernière de deux fois des jumeaux et j'ai fait le suivi ici, elles avaient des échos par contre tous les mois mais la consultation on l'assurait ici* » (C), soit les patientes se déplacent tous les mois pour voir leur gynécologue.

Malgré une activité peu importante en gynéco-obstétrique, les médecins réalisent quand même les gestes gynécologiques courants comme les frottis, la pose d'implant et de DIU. Concernant le suivi de grossesse, le suivi médical est effectué de la même façon que sur le continent.

Les différences qu'il peut y avoir concernent la préparation à l'accouchement réalisé sur le continent devant le manque de sages-femmes sur place et le suivi de certaines grossesses pathologiques qui est fait sur l'île pour leur éviter le transport maritime et les éventuelles complications qui peuvent en découler.

d. Prélèvements biologiques

Aucune île ne possédant de laboratoire, les prélèvements sont faits sur place « *par les infirmiers sur l'île* » (J), ou par les médecins eux-mêmes « *Moi je prélève le matin en général* » (B), et sont transférés sur le continent « *par avion ou par bateau* » (G) pour analyse avant le retour des résultats envoyés par messagerie sécurisée.

Devant cette absence de laboratoire sur place, si le médecin suspecte une Grossesse extra-utérine (GEU), il lui sera difficile de ne pas adresser la patiente sur le continent pour réalisation de bHCG en urgence.

e. Le second recours

- Les consultations spécialistes

Deux îles ont des consultations de gynécologue-obstétriciens qui viennent du continent faire des vacations « *Les gynécos viennent une fois par mois* » (K) ; « *y a un gynéco qui vient une seule fois par mois* » (C). Pour les autres îles, soit les consultations de gynécologie sont assurées par le médecin généraliste, soit elles sont suivies sur le continent « *Soit les gynécologues-obstétriciens de ville qu'ont choisi mes patientes, soit l'hôpital* » (F).

- Les correspondants et hôpitaux référents

La plupart des îles appellent les gynécologues des hôpitaux ou des cliniques les plus proches de l'île lorsqu'ils ont besoin d'un avis médical « *Vannes et Lorient pour quelques-unes, et après on a la clinique Océane, c'est la clinique à Vannes* » (K) ; « *En obstétrique les femmes sont suivies soit sur Keraudren soit à la Cavale. Après en gynéco si c'est pour un avis gynéco, c'est rare que je prenne mon téléphone en général c'est l'hôpital ou la clinique* » (G). Les médecins dont les îles bénéficient du passage régulier du gynécologue en font l'interlocuteur privilégié « *Pour moi j'ai un intervenant unique* » (C).

Hormis les deux îles qui bénéficient du passage de spécialistes, les médecins appellent les spécialistes hospitaliers les plus proches pour les avis et les demandes de consultations urgentes.

f. La gestion de l'urgence

1. L'organisation du premier recours sur place

Les médecins insulaires sont aidés lors des urgences par les paramédicaux présents constamment sur l'île comme les infirmières ou les pompiers : « *Nous on travaille beaucoup avec les pompiers qui sont tous volontaires* » (H), « *on a toujours une équipe de pompiers qui est avec nous* » (C) ; « *on a ce qu'il faut dans l'ambulance des pompiers heureusement* » (A) ; « *il y a une infirmière sapeur-pompier volontaire qui est formée pour, donc qui peut être déclenchée par le 15, on l'appelle sur son portable pour qu'elle nous file un coup de main* » (D)

Les médecins sont généralement médecins correspondants SAMU et ont donc le matériel adapté « *on perfuse la patiente on la remplit et on part avec elle dans le canot de sauvetage* » (J)

Sur une des petites îles du Ponant, le médecin n'est présent qu'un jour par semaine, les infirmiers sur place sont donc le premier recours sur cette île : « *on a des infirmiers sur l'île, qui assurent toutes les prises en charge urgentes, en lien soit avec moi si c'est pas une urgence vitale soit avec le SAMU si c'est de l'urgence vitale.* » (I).

2. Les motifs de recours urgents en gynécologie-obstétrique

Les motifs de recours au 15 pour de la gynécologie-obstétrique sont variés, de l'urgence relative à l'urgence vitale : *« c'est souvent des grossesses en fin de terme avec des contractions ou pour des menaces d'accouchements prématurés en général c'est ça. » (G) ; « y a eu une rupture de GEU à domicile » (E) ; « j'ai déjà eu des métrorragies en dehors du contexte de grossesse, des métrorragies vraiment abondantes chez une femme qui avait eu un curetage » (H) ; « j'ai eu aussi la rupture prématurée des membranes » (A) ; « pour perte des eaux, pour accouchement imminent, pour endométriose très douloureuse » (F).*

Trois médecins ont réalisé des accouchements inopinés à domicile : *« j'étais là pour les deux il y a un an et demi oui » (K) ; « C'était une patiente en fin de grossesse qui commence à avoir des contractions le matin (...) Son mari a appelé les pompiers puis les pompiers m'ont appelé et moi j'ai retrouvé la patiente dans l'ambulance des pompiers et elle avait la tête au niveau de la vulve donc on a fait l'accouchement sur place. » (G) ; « On en a fait l'an dernier à domicile. Une dame qui a refusé d'être transférée et qui était à 41SA » (C).*

3. Le SAMU centre 15

Le SAMU est le pivot central de la prise en charge des urgences, *« SAMU tout de suite, j'appelle le SAMU et je pars au plus pressé en les attendant » (F)*, surtout car il permet de réguler le transport sanitaire pour une évacuation *« pour toutes les demandes d'évacuation de toutes façons on passe par le 15, on fait pas tout seul » (K) ; « quand y a une évacuation à faire ça passe par le 15 obligatoirement » (B) ; « de toute façon c'est la régulation du SAMU qui décide puisque c'est lui qui a la visibilité sur la disponibilité et la possibilité d'évacuation, nous on peut influencer dans le sens où on donne le degré d'urgence que l'on estime » (H) .*

4. Les transports sanitaires

Plusieurs moyens sont possibles en fonction de la météo et de la mer, *« Selon la météo, s'il y a de la visibilité l'hélicoptère peut venir s'il n'y a pas de visibilité c'est la SNSM. » (F)*, mais également selon leur disponibilité *« Soit par hélicoptère du SAMU donc le*

tonnerre ou l'hélicoptère de la sécurité civile le dragon, c'est la solution la plus confortable pour tout le monde mais parfois il n'est pas disponible » (H).

S'il ne s'agit pas d'une urgence vitale « on peut faire par le bateau qu'on prend nous, en fait il y a une infirmerie qui permet de transporter un malade allongé, donc on peut le faire transporter » (C).

Ces différents moyens de transports sanitaires sont similaires d'une île à une autre.

La gestion de l'urgence gynéco-obstétricale sur les îles est très dépendante du centre 15 qui régule le moyen d'évacuation selon le motif, la météo, l'état de la mer et la disponibilité du transport.

Les infirmiers et les pompiers sont importants dans la prise en charge de premier recours puisqu'ils assurent toujours une permanence sur place et apportent entre autres une aide matérielle, notamment ce sont eux qui disposent du kit bébé en cas d'accouchement inopiné.

3) Les difficultés ressenties

a. Les difficultés ressenties liées à la situation géographique

- Difficultés intrinsèques à l'insularité

Les premières difficultés émises concernent d'une part les problèmes logistiques de certaines îles *« nos problèmes de connexion nombreux sur l'île »* (E), le problème de la distribution des médicaments comme la contraception d'urgence *« je n'ai pas de pharmacie »* (E) ou tout simplement le manque d'activité gynécologique *« vu la moyenne d'âge ici ça va être difficile »* (A) ; *« il n'y aurait pas assez d'activité pour une sage-femme non plus notamment pour la préparation à l'accouchement, la population n'est pas suffisamment importante »* (I).

Certains médecins regrettent l'isolement géographique pour la réalisation des IVG médicamenteuses : *« Y a des choses qu'on ne peut pas faire (...) comme par exemple des IVG médicamenteuses parce qu'on doit être pas trop loin d'un hôpital (...) donc ça c'est*

des choses qu'on ne pourra pas faire ici même si on aurait pu finalement » (G) ; « l'IVG, on n'a pas le droit de faire les IVG ici. On n'est pas à bonne distance » (C).

Le passage des bateaux étant dépendant de la météo *« ça arrive en hiver quand il y a la tempête (...) et du coup on n'a pas de biologie donc si on a besoin d'une biologie en urgence il faut évacuer le patient » (J).*

- L'accès au second recours

Peu de gynécologues viennent faire des consultations sur place *« l'accès pour aller voir les spécialistes n'est pas si simple que ça. » (E).* De plus *« il n'y a pas de sage-femme » (E) ; « pour l'instant on n'a pas de sage-femme qui vient, il n'y a que nous » (K).*

Même lorsqu'il existe un passage du spécialiste, il y a des limites concernant certains examens complémentaires : *« La gynécologie je suis bloquée sur les frottis, les résultats en fait, une fois que j'ai un frottis anormal, j'ai pas d'examen colposcopique ici, je suis forcément obligée de les envoyer sur le continent, (...) même le gynéco quand il vient ici il peut pas les faire, donc tout frottis anormal est compliqué à gérer » (C).*

Le réseau médical peut-être jugé insuffisant *« C'est bien compliqué pour moi, je suis pas du tout du coin, je n'ai pas de réseau et donc mon principal interlocuteur c'est l'hôpital. » (A)*

Les imageries se font sur le continent ce qui est un gros frein pour leur accessibilité : *« Le problème des mammos parce que du coup il faut aller à Auray » (K) ; « le gros point négatif c'est l'écho, parce que toutes les échos c'est sur le continent » (C), « on a pas de suivi mammo par contre, tout ce qui est mammographie ça reste sur le continent » (C) ; ainsi que pour poser un diagnostic ou établir la gravité d'une situation clinique : « c'est parfois un peu compliqué à gérer sur une MAP par exemple, bien faire les échos de col, (...) les métrorragies, les diagnostics d'endométriose, les règles douloureuses » (K).*

Aucune île ne possède de laboratoire, l'accès aux examens biologiques est donc compliqué : *« La difficulté principale c'est que j'ai pas accès à des examens biologiques, on ne peut*

faire des bilans que le vendredi (...) le labo étant fermé quand les bilans arrivent, les bilans ne sont pas acceptés » (I).

Les rendez-vous spécialistes et les examens complémentaires sont médiés par le transport maritime et ce dès la prise de rendez-vous *« Il faut tenir compte du bateau, (...), donc obligé d'envoyer au minimum les gens à Auray et bien souvent les insulaires n'ont pas toujours de voiture donc faut calculer avec des horaires de bus en plus, (...) Le point noir c'est plutôt ça : la prise de rendez-vous et le délai d'acheminement. » (F) ; « l'accessibilité pour les insulaires pour que les rendez-vous conviennent aux heures de bateau ça complique d'autant plus les choses. » (H) ; « après pour la mammographie c'est un peu compliqué (...) il faut prendre le bateau en fonction des rendez-vous et soit en fonction de l'autonomie de la personne soit en fonction de son temps de travail c'est pas forcément facile d'aller sur le continent pour faire ça » (G) ; « la seule difficulté c'est qu'il faut prendre son rendez-vous en fonction du bateau et puis rester toute la journée donc ça peut être fatigant pour une femme enceinte » (D).*

Certains médecins craignent donc une diminution du dépistage du cancer du sein par mammographie : *« je pense qu'on a une baisse des mammos parce que les dames ont la flemme » (K) ; « il peut y avoir une perte de chance car il y en a qui remettent à plus tard les mammos » (G).*

Dans le contexte de fin de grossesse, la logistique pour le logement des patientes attendant leur terme est source d'inquiétude et cela a un coût pour les femmes enceintes qui n'ont pas de famille sur le continent : *« pour celles qui n'ont pas de solution de logement sur le continent ça reste toujours un peu l'interrogation de savoir quand est-ce qu'elles doivent vraiment partir quitte à prendre un hôtel ou se débrouiller » (H) ; « Notre gros soucis sur l'accouchement c'est qu'on demande aux femmes de partir 3 semaines avant leur terme, sauf que financièrement ça coûte hyper cher de partir sur le continent parce qu'elle n'ont pas toujours de la famille de l'autre côté » (C) ; « elles ont pas toujours de pied à terre c'est quand même un coût y a pas de prise en charge du logement (...) c'est un peu problématique » (D) ; « c'est cher d'aller sur le continent quand tu n'as pas de famille et après si tu as des enfants et que le conjoint est parti en mer, elles partent pas plus tôt » (K).*

Cette problématique est d'ailleurs anxiogène pour les patientes : « *Lors de leur première grossesse, elles ont la trouille de pas pouvoir s'organiser à temps* » (A).

Parfois, les patientes elles-mêmes veulent rester sur l'île « *parce que souvent elles ont des conjoints qui ne peuvent pas partir* » (K).

Les médecins installés sur les îles proches du continent ne considèrent pas ces déplacements comme une difficulté : « *ici on est très à proximité, peut-être que sur les îles plus éloignées du continent il y a besoin de plus de support* » (B).

L'insularité implique un éloignement avec les structures hospitalières ce qui a pour conséquences :

- L'impossibilité de réalisation de certains actes gynécologiques comme les IVG.
- La limitation de l'accès aux examens d'imageries, biologiques et aux consultations de second recours donc amène à une évacuation sur le continent au moindre doute diagnostique, avec des rendez-vous organisés selon les horaires des transports maritimes.
- Des difficultés logistiques lors de la fin de grossesse nécessitant une organisation pouvant être anxiogène pour les femmes sur le plan économique et sociale.

b. Les difficultés ressenties liées au médecin

- L'urgence ressenti

Les situations d'urgence peuvent nécessiter une évacuation sur le continent avec un temps de prise en charge par le SAMU à prendre en compte en fonction des moyens mis en place : « *il y a toujours le problème de l'évacuation sur une douleur abdominale aiguë.* » (K) ; « *Notre hantise c'est la métrorragie, l'hémorragie du post-partum, des choses où on peut être en difficulté.* » (K) ; « *Parmi les difficultés de la gestion de la prise en charge gynéco sur les urgences (...), l'hélico peut venir facilement ça c'est sûr mais y a certaines conditions météo qui ne permettent pas à l'hélico de voler et donc dans ces situations là en fait le SAMU ne vient pas* » (J).

Certaines situations vécues comme urgentes par les médecins peuvent les mettre en difficulté, notamment lors de la nécessité d'une évacuation qui sera plus ou moins rapide en fonction du moyen déployé.

- La formation et la pratique du médecin

Même si la plupart des interrogés se sentent à l'aise dans leur pratique de la gynécologie obstétrique « *Moi je suis à l'aise vis-à-vis de tout ce qui est consultations gynéco* » (E), notamment grâce à leur formation initiale « *avec ma CAMU j'ai fait des semaines en maternité et en obstétrique donc je dirai que ma formation initiale (...) était suffisante, donc je suis plutôt à l'aise.* » (K) ; « *j'ai fait 6 mois aussi dans une maternité (...) où on avait des consultations en autonomie de suivi gynéco, donc je ne me sens pas en difficulté quand ça reste du dépistage ou du premier recours* » (I) ; « *J'avais été très contente de mes 3 mois de formation j'avais appris beaucoup de chose et j'étais vraiment sortie de là en considérant que j'avais des connaissances suffisantes* » (H) ; « *la formation a été suffisante et la pratique ici fait que j'en pratique souvent et donc j'approfondis tout le temps ce que je fais* » (C).

D'autres médecins ne se sentent pas suffisamment à l'aise « *j'ai besoin de réviser des fois un petit peu* » (F), parfois à cause de leur formation initiale jugée insuffisante « *la formation initiale que nous avons à l'hôpital elle ne sert presque à rien parce qu'elle est pas orientée médecine ambulatoire, trop technique et trop spécialisée* » (G) ; « *c'est vrai qu'en terme de formation, on pourrait faire mieux* » (D), « *après les difficultés c'est plus sur la partie où on n'est pas très bien formé* » (J) ou pour des motifs de consultation complexes « *typiquement pour la femme enceinte notamment en consultation soit trauma soit métrorragies j'appelle très facilement le gynécologue d'avis* » (H).

Avec le manque de pratique, certains médecins ne réalisent plus les gestes qu'ils avaient l'habitude de faire lorsqu'ils étaient installés sur le continent tels que la pose de DIU « *j'en faisais en Touraine mais là il n'y a pas eu de demande et quand tu fais plus après tu perds la main* » (A) ; « *j'ai pas eu de demande au cabinet pendant longtemps et donc maintenant je me sens pas de les refaire* » (I).

La formation médicale reçue, la facilité que le médecin a dans cette discipline et la complexité des situations ressenties comme urgentes sont les principales difficultés issues des médecins eux-mêmes.

c. Les difficultés ressenties liées à la population insulaire

- Un territoire peu étendu

La faible population locale fait qu'il peut y avoir des réticences des patientes à consulter le médecin de l'île pour de la gynécologie « *au bout de 30 ans des liens se sont formés (...), il peut y avoir une certaine gêne à faire un examen gynéco chez des gens qui ne sont plus vraiment des patients mais plutôt des amis.* » (F) ; « *c'est un petit milieu donc on se croise souvent donc ça peut être trop intime pour elle* » (G) ou elles préfèrent séparer le suivi gynécologique du reste « *il peut y avoir un frein du fait qu'on soit médecin traitant elles n'ont pas forcément envie de nous voir pour le suivi gynécologique* » (H).

- Le suivi médical

Les médecins rapportent un manque de suivi régulier chez les insulaires : « *le principal frein ça a été de convaincre les femmes de se faire dépister pour les frottis, les palpations mammaires* » (J) ; « *c'est d'inciter les femmes à avoir un suivi régulier je pense que ça c'est une problématique qui est générale mais quand même un peu plus sur les îles* » (H) ; « *passé l'âge des enfants elles estiment qu'elles n'ont plus à se faire suivre* » (J). Ce manque de suivi actuel pouvant être lié à la pratique du précédent médecin sur place « *l'ancien médecin ne faisait plus de gynécologie, donc les femmes n'étaient pas suivies en gynéco ici* » (G).

La proximité des médecins avec une population insulaire réduite rend compliquée le suivi gynécologique de certaines femmes qui ne veulent pas être examinées par leur médecin de famille : le risque d'une diminution du dépistage des cancers gynécologiques est donc plus important dans cette population.

2) Les besoins exprimés

a. Le besoin de consultations avancées

Neuf médecins ont exprimé le besoin d'avoir plus de personnels autour de la santé de la femme disponibles sur place, à commencer par les sages-femmes qui ne sont pas forcément présentes en permanence sur les îles pour la réalisation d'actes spécifiques : « *qu'il y ait une sage-femme qui vienne pour faire surtout les suivis de fin de grossesse tu sais quand faut des monitos toutes les 2 semaines* » (K) ; « *on a le projet qu'elle vienne 1 fois par semaine, pour faire cette partie-là et puis le post-partum immédiat* » (K) ; « *je pense que ce serait bien qu'il y ait une sage-femme qui vienne, on pourrait travailler avec elle* » (G) ; « *La sage-femme qui va venir comme ça elle va mettre en place des ateliers de portage, sur l'allaitement, elle va faire aussi des échos, des monitos, ce qui nous manque mais ça va être réglé, c'est des monitos de fin de grossesse souvent et on sait pas à qui les envoyer* » (C).

De par cette absence de sages-femmes, il n'y a « *pas beaucoup de préparation à l'accouchement* » (K) pour les femmes insulaires.

Les médecins interrogés souhaitent également la venue des spécialistes pour les avis, les échographies et pour inciter au suivi gynécologique : « *ce serait bien qu'il y ait quelqu'un en gynéco-obstétrique qui viennent faire les échos et des trucs un peu plus complexes que nous on ne peut pas faire* » (J) ; « *Le passage d'un spécialiste, sans avoir la folie des grandeurs 1 fois par trimestre si un spécialiste pouvait venir faire une journée de consultation ce serait intéressant* » (F) ; « *faire venir un gynécologue ne serait-ce qu'une journée par mois, de proposer une consultation par un spécialiste pour que les femmes puissent consulter un spécialiste sans avoir à aller sur le continent et peut-être que ça inciterait à avoir un suivi gynéco plus régulier* » (H) ; « *Il faudrait un gynéco qui soit là fréquemment pour faire les échos T1, T2, T3, comme ça tombe sur certaines dates bien précises* » (C).

Avoir un contact référent est indispensable pour ces médecins « *quelqu'un qu'on sait qu'on va pouvoir joindre plus facilement (...), avoir un interlocuteur privilégié pour apprécier un peu le degré d'urgence* » (E).

b. Le besoin matériel/ logistique

Certains médecins évoquent le manque de matériel adapté à une bonne pratique de la gynécologique-obstétrique : « *Une belle table d'examen électrique avec des étrières.* » (I), « *nous équiper avec un matériel un peu plus adapté* » (I) ; « *Au niveau technique si j'avais une sonde endovaginale les échos seraient plus contributives.* » (G), « *on a changé d'échographe pour pouvoir permettre de faire les échos de datation et de débrouillage* » (C).

La réalisation d'IVG sur place est souhaitée afin d'éviter au maximum les aller-retours aux patientes qui en bénéficient « *j'aimerais bien refaire des IVG médicamenteuse (...) ça c'est mon projet* » (I) ; « *Donc on est en train de mettre en place un projet pour, si c'est une IVG médicamenteuse, au moins donner le premier comprimé ici et le deuxième après sur le continent* » (C).

Concernant la problématique du départ anticipé des femmes enceintes avant terme, une île a mis en place une organisation avec un hôpital de proximité : « *on essaye de faire des accouchements programmés avec des déclenchements 15 jours avant sur les femmes qui n'ont pas les moyens, qui ont aucune autre solution de logement de l'autre côté (...). Comme ça elles partent 15 jours, hospitalisées, déclenchées et comme ça, c'est réglé.* » (C).

Pour les autres médecins évoquant la question, beaucoup réfléchissent à « *mettre en place un protocole en cas d'accouchement* » (I), ou discuter avec leur CHU car généralement « *il n'y a pas de délai de départ préconisé par le CHU* » (H).

c. Le besoin d'informer autour de la prévention

L'axe de la prévention gynécologique est plébiscité par ces médecins, notamment lors de la saison estivale avec la prévention des IST : « *une prévention renforcée sur les rapports à risque l'été, des distributeurs de préservatifs* » (E), mais également sur la prévention des cancers gynécologiques « *Faire en sorte aussi que les femmes osent plus se palper les seins, développer l'autopalpation* » (E) ; « *La vaccination HPV où on n'en a peut-être pas assez* » (E).

parlé dans les écoles (...). Sur la prévention et en particulier la vaccination HPV on n'est pas très bon, on n'a pas un très haut taux de vaccination. » (C).

De manière plus générale sur les violences : « j'aimerais bien qu'on fasse sur les îles mais comme partout c'est la prévention sur les violences faites aux femmes en général. C'est vrai que j'ai pas mal de femmes qui reprennent un suivi gynéco avec moi et qui ont subi des violences gynécologiques, en tous cas des situations vécues comme violentes et puis autre chose c'est la prévention du viol conjugal, ça y en a encore pas mal, l'inceste, ça je ne sais pas comment faire... » (J).

Les médecins aimeraient voir davantage leurs patientes pour de la gynécologie : « que les patientes viennent plus nous voir mais bon ça, elles font ce qu'elles veulent » (G), « le besoin de frottis n'est pas encore élevé mais j'en fais toutes les semaines » (E), en faisant « savoir aux femmes qu'on pratique la gynéco-obstétrique de base » (J).

d. Le besoin de formation médicale continue

La formation en gynécologie initiale est considérée comme importante pour la pratique tout comme la formation médicale continue : « Au niveau formation pour l'instant j'ai la formation qu'il faut après je fais des formations continues » (G), « De la formation, qu'on maintienne une formation gynéco. »

e. Le besoin de télémédecine

La télémédecine est un moyen de plus en plus évoqué par ces médecins isolés pour pallier au manque de consultations spécialisées sur place : « on utilise le site internet (...) qui est un site de demande d'avis toutes spécialités confondues (...). En gynéco (...) souvent les interrogations que je vais avoir c'est plus l'aspect d'un col » (H).

DISCUSSION

1) Étude

Notre étude avait pour objectif de faire un état des lieux du parcours de soins gynéco-obstétricale des femmes insulaires au travers d'entretiens réalisés auprès des médecins généralistes exerçant sur place. Elle avait également pour but de mettre en évidence les difficultés de la pratique de la gynécologie insulaire et d'avancer des pistes d'améliorations.

La prise en charge des femmes insulaires respecte les recommandations en vigueur par exemple en ce qui concerne les consultations médicales au cours de la grossesse mais également autour de la prévention. Les motifs des consultations gynécologiques sont variés. Cependant des difficultés persistent notamment en lien avec la distance des examens complémentaires et des structures hospitalières pour les accouchements et les urgences.

Les médecins exerçant sur place émettent des pistes d'amélioration en fonction de leurs besoins : ils souhaiteraient la venue de gynécologues et de sages-femmes, notamment pour la réalisation de consultations spécialisées, d'échographies et pour favoriser le suivi gynécologique des femmes. Certains proposent de revoir la communication avec les hôpitaux référents afin d'améliorer la prise en charge de la fin de grossesse mais aussi avec la population locale pour mieux informer les femmes sur les compétences de leur médecin de famille en gynécologie.

2) Échantillon

Les médecins interrogés avaient une moyenne d'âge comparables à celle retrouvée dans les précédentes études sur les médecins des îles du Ponant : 43,7 ans contre 47,2 ans et 50 ans (1,8). Ils exerçaient plutôt soit seuls (37%), soit en cabinet de groupe (27%).

La durée médiane d'exercice sur l'île était de 3 ans. Plus de la moitié possède un diplôme complémentaire en lien avec la gynécologie-obstétrique.

En revanche il y a eu une féminisation de la médecine insulaire puisque nous avons interrogé 8 femmes et 3 hommes. C. Boisbunon, en 2006, avait interrogé 12 hommes et 1 femme sur les îles du Ponant (9).

En comparaison avec le nombre de médecins généralistes par femmes en France métropolitaine qui est de 1/566 (16), le nombre de médecins généralistes par femme (équivalent temps plein) sur les îles est réparti en 2 groupes :

- Les îles ayant plus de médecins par femme : Batz, Bréhat, Sein, l'île aux Moines, Yeu et Houat qui ont un chiffre médian de 1/208.
- Les îles ayant un nombre comparable à celui de la France métropolitaine : Ouessant, Groix et Belle-île (17).

3) Pratique de la gynécologie-obstétrique insulaire

La majorité des médecins interrogés déclare avoir moins de 10% de consultations dédiées à la gynécologie, ce chiffre est comparable à celui de l'étude multicentrique ECOGEN qui recensait les données de consultation en médecine générale dont le motif. Il a été retrouvé en 2014 un chiffre de 4% (11). Cependant, comme dans notre étude, ces chiffres prennent en compte uniquement les motifs de consultation alors qu'en médecine générale, la consultation n'est pas restreinte aux motifs : des messages et de l'information, notamment autour de la prévention, peuvent être transmis à ce moment-là. Le renouvellement d'ordonnance de pilule contraceptive n'est pas toujours classé dans les consultations à motifs gynécologiques. Ces chiffres sont donc probablement sous-estimés.

De plus, la population locale étant bien souvent âgée, la tranche d'âge la plus importante sur les îles du Ponant est celle des 60-74 ans (6), les femmes ménopausées considèrent ne plus avoir besoin de suivi sur le plan gynécologique. Cependant, les politiques de santé actuelles induisent une augmentation du suivi gynécologique par les généralistes alors que les femmes allaient auparavant plus spontanément chez le gynécologue. Ce phénomène est aussi amplifié par la diminution des effectifs des gynécologues libéraux (17).

Lors de la période estivale, la demande de consultations auprès des médecins généralistes affluant avec la multiplication de la population locale, on peut supposer que la demande de consultations gynécologiques augmente à fortiori.

Notre étude a montré que 45,5% des médecins réalisaient la pose de DIU ce qui est supérieur aux chiffres retrouvés dans la thèse de L. Michelet-Bretaudeau en Loire-Atlantique en 2010 où 20% des médecins généralistes interrogés posaient les DIU (30) ainsi que la thèse de A. De Verbizier en Moselle et Meurthe et Moselle en 2018 qui retrouvait 8% des médecins généralistes poseurs de DIU (31). Cette thèse mettait en évidence que l'âge du médecin (> 50 ans) et l'ancienneté de l'installation (plus de 20 ans) étaient des facteurs favorisant la pose des DIU, ce qui diffère avec notre étude car nos chiffres montraient que les médecins les plus jeunes et les plus récemment installés posent les DIU. Cette différence peut aussi s'expliquer par le nombre de demandes plus important sur les grandes îles où la moyenne d'âge de la population est plus faible (Yeu, Belle-île). Les médecins y exerçant ont aussi une moyenne d'âge plus faible (<40 ans) que sur le reste des îles.

Les médecins qui ne posent pas de DIU disent ne pas être à l'aise pour réaliser ce geste, qu'ils n'ont pas eu suffisamment d'opportunité pour pratiquer ce geste donc ont « peur de mal faire », d'autres n'ont pas eu la formation nécessaire. En effet, la maquette des stages des internes en médecine générale ne prévoit pas forcément de stage obligatoire dans les services de gynécologie-obstétrique (figure 8). Donc beaucoup de médecins généralistes n'ont pas eu la possibilité de se former en gynécologie-obstétrique lors de leur internat. Cette maquette est en cours de modification avec la réforme du 3^e cycle (32). De plus, les stages proposés, souvent aux urgences gynéco-obstétricales, ne permettent de voir qu'une partie de la gynécologie réalisable en cabinet. Ils ont ainsi une meilleure maîtrise des urgences au cabinet mais ont plus de difficulté pour la réalisation de gestes techniques.

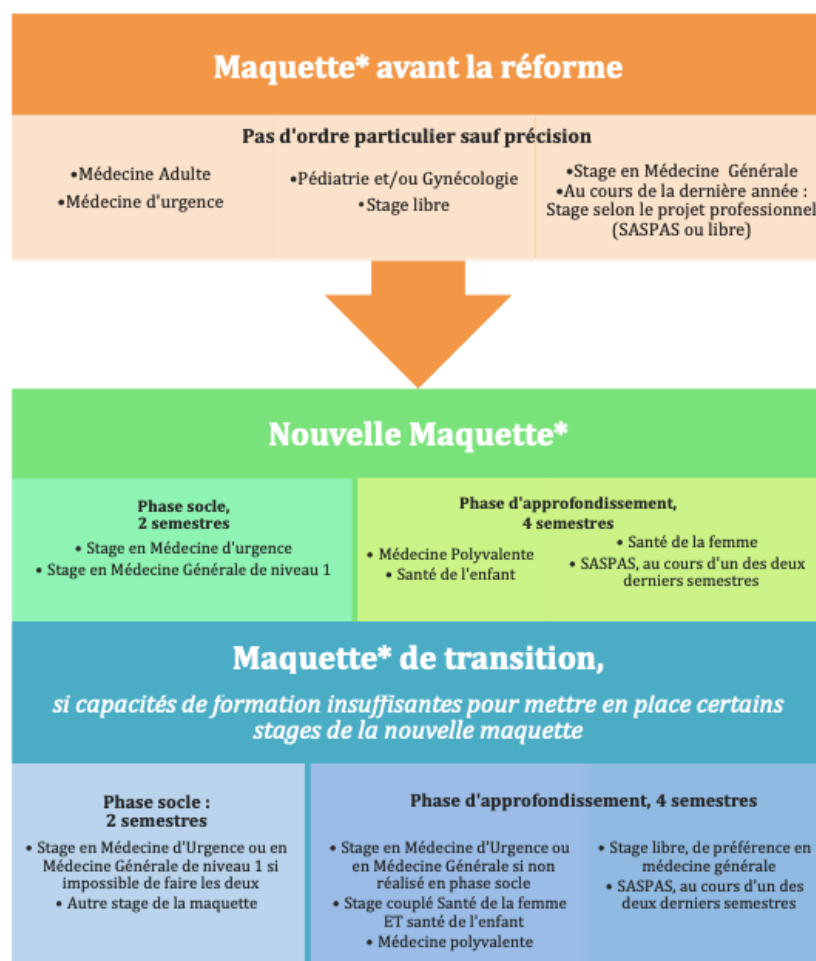


FIGURE 8. MAQUETTE DE L'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE AVANT ET APRES REFORME

Le suivi de grossesse sur les îles est réalisé selon les recommandations de la HAS (33) en ce qui concerne les 7 consultations médicales. En revanche, les bilans mensuels, les échographies obligatoires et la préparation à l'accouchement nécessitent que la femme se rende sur le continent.

4) Difficultés mises en évidence et pistes d'amélioration proposées

L'isolement géographique est une particularité qui induit plusieurs difficultés : en effet le temps de bateau estimé pour aller sur ces îles est de 10 minutes (Bréhat, îles du Golfe du Morbihan) à 1 heure de traversée (Sein, Ouessant) (34,35). Les difficultés mises en évidence ne sont donc pas tout à fait les mêmes selon les médecins interrogés.

Il y a une volonté de la part de ces médecins de limiter les déplacements île-continent pouvant être très contraignants pour les femmes. Par exemple en cas de grossesse de localisation indéterminée, le protocole des urgences gynéco-obstétricales implique que la femme doit avoir un contrôle du dosage des b-HCG et un contrôle échographique aux urgences toutes les 48 heures jusqu'à ce que la grossesse soit localisée (36). Cela peut donc nécessiter plusieurs consultations rapprochées. Ça concerne aussi les contrôles d'évacuation des fausses couches spontanées précoces et des grossesses extra-utérines où les femmes doivent retourner sur le continent au moins une fois.

Il se pose donc la question de l'intérêt du passage régulier d'un spécialiste réalisant des échographies gynécologiques dans ces situations précises, ou la formation des médecins généralistes à l'échographie pelvienne avec une aide financière pour l'obtention d'un appareil d'échographie.

Pour les situations d'urgences gynécologiques, l'obtention d'examen paracliniques rapides est fondamentale pour orienter la patiente selon le degré d'urgence. Devant l'absence d'examen complémentaires sur place, l'évacuation vers une structure hospitalière proche est souvent nécessaire. Le SAMU est décrit comme étant la pierre angulaire dans la gestion de ces évacuations, comme décrit par R. Trebaol en 2004 dans son travail sur l'exercice médical sur l'île de Sein (4).

Pour accéder au second recours hors de l'urgence, les femmes doivent prévoir la traversée en fonction de l'horaire du bateau. Mais les hôpitaux référents ne se situant pas au port de débarquement, elles doivent bien souvent soit prendre un bus, soit faire passer leur voiture sur le continent pour s'y rendre.

Même si les médecins disent réaliser la majorité de la gynécologie-obstétrique de ville, ils revendiquent presque tous le besoin de consultations avancées :

- D'une part des consultations avec une sage-femme : en effet, les sages-femmes réalisent des actes médicaux comme les monitorings, la préparation à la naissance, la rééducation du post-partum. Elles peuvent assurer le suivi des femmes en bonne santé sur le plan gynéco-obstétrical tout au long de leur vie, donc permettre d'être l'intermédiaire pour les consultations gynécologiques pour les femmes qui ne souhaitent pas consulter leur médecin traitant pour ce motif.

- D'autre part la venue de gynécologues-obstétriciens pour les demandes d'avis nécessitant un examen clinique et des investigations paracliniques plus poussées, pour des pathologies nécessitant un suivi régulier avec des consultations rapprochées (grossesse pathologique, cancer à la phase aiguë...).

Ces besoins de consultations de second recours sont des doléances que l'on retrouve dans les territoires où la démographie médicale est faible, en particulier concernant les spécialistes. Il s'agit là en fait d'une problématique de santé publique nationale concernant particulièrement les territoires ruraux. En effet, une étude réalisée par l'Association des maires ruraux de France montrait une consommation de soin plus faible dans les territoires ruraux liée avec l'éloignement des soins (37). Il a été proposé, lors de la table ronde sur la santé des femmes dans les territoires ruraux organisée par la délégation aux droits des femmes en janvier 2021 des solutions pour favoriser le recours aux soins chez les femmes vivant dans les zones médicales sous-dotées : un bus itinérant composé d'une équipe pluridisciplinaire pour améliorer le dépistage des cancers féminins, développer l'accès à l'information grâce aux intermédiaires locaux pour permettre à un plus grand nombre de femmes de se faire suivre (21).

Pour certains actes gynécologiques comme la réalisation d'IVG, certains médecins regrettent qu'il ne soit pas possible de la réaliser, au moins en partie, sur une île. Il avait été évoqué que le premier comprimé, la mifepristone, soit donné au cabinet sur l'île avant le rapatriement sur le continent 48 heures après pour la suite de la prise en charge. Pourtant les textes de loi qui réglementent le conventionnement d'un cabinet de ville pour les IVG hors d'un établissement de santé ne prévoit pas de distance limite entre le cabinet et l'établissement de santé. Les conditions fixées concernent surtout les compétences en gynécologie que doit avoir le professionnel de santé qui souhaite se conventionner (38). Cependant, les complications pouvant être liées aux IVG (métrorragies importantes, douleurs...) nécessitent une structure hospitalière et donc rendent difficile la réalisation des IVG sur les îles. La distance entre l'île et l'hôpital référent est donc une limite implicite à la réalisation de cet acte même s'il faudrait trouver des pistes pour permettre aux femmes insulaires d'en bénéficier au même titre que les continentales.

Une autre difficulté concerne la logistique de fin de grossesse : en effet il est conseillé aux femmes de partir sur le continent 2 ou 3 semaines avant leur terme pour éviter le risque d'accouchement inopiné sur l'île avec les complications que cela implique.

Ces femmes doivent donc trouver le moyen de se loger sur place : soit elles ont de la famille qui peuvent les loger sur cette période soit elles doivent payer un hôtel en attendant le début du travail. Cette situation a donc un coût pour ces femmes qui n'ont pas forcément les moyens. De plus, certaines ont déjà des enfants ce qui implique qu'elles doivent partir sans eux sur le continent et trouver un mode de garde si le père l'accompagne à la maternité.

Pour pallier à cette situation inconfortable pour les femmes, il faudrait réfléchir à des solutions de logement sur le continent, par exemple hospitaliser les femmes ou leur proposer des chambres en hôtel hospitalier, comme cela se fait en Polynésie française. Certaines îles ont des conventions avec des centres hospitaliers pour la réalisation de déclenchements « de convenance » avant le terme.

L'information auprès des femmes est très importante, d'autant plus qu'elle représente un enjeu majeur dans leur prise en charge : certains médecins décrivaient une faible part de consultations de prévention des cancers gynécologiques, soit parce que leurs patientes ne souhaitent pas être suivies par leurs médecins de famille et préfèrent séparer le suivi gynécologique du reste, soit parce qu'elles ne sont pas bien informées sur leurs compétences et donc se rendent directement sur le continent pour consulter un gynécologue ou une sage-femme, voire ne consulte pas du tout et manquent les examens de dépistage.

Par exemple, il n'a pas été relevé de différences entre la proportion des suivis de grossesse selon la distance île-continent : même si certaines se trouvent à plus d'1 heure de bateau, les femmes préfèrent traverser l'océan pour consulter leur spécialiste.

Les médecins généralistes ont conscience que la gynécologie-obstétrique insulaire est une discipline exigeante et que les décisions thérapeutiques qui découlent de ces consultations et l'orientation des femmes sont très dépendantes de l'insularité.

Il est donc important de leur restituer une place au cœur de la prise en charge de la santé des femmes dont ils sont les principaux garants, place d'autant plus importante que les moyens sont limités.

5) Forces et faiblesses de notre étude

Ce travail est original : en effet, il existe actuellement peu de données dans la littérature sur la médecine insulaire, encore moins sur ce qui est de la gynécologie-obstétrique insulaire.

De plus, l'échantillon est plutôt intéressant : hormis 2 petites îles proches du continent (l'île aux Moines et Aix), au moins 1 médecin a été interrogé sur chacune des îles du Ponant nous permettant d'avoir une diversité de réponses et d'avoir des éléments représentatifs sur le sujet exploré grâce à un choix d'îles différentes par leur caractéristiques géographiques (éloignement par rapport au continent), par leur tailles, par leur démographie mais également par le mode de fonctionnement des médecins qui y exercent. Il n'y avait d'ailleurs pas de différences dans les réponses apportées selon la taille des îles. En revanche, il a été mis en évidence que les difficultés n'étaient pas les mêmes selon la distance île-continent.

Comme nous l'avons vu précédemment, nous considérons que les îles du Ponant représentent la majorité des îles du littoral de la France métropolitaine. Notre échantillon est donc représentatif de la population étudiée.

Nous avons réalisé une étude qualitative descriptive à partir d'entretiens semi-dirigés avec une analyse thématique des données. L'utilisation de cette méthodologie était en adéquation avec le sujet : en effet, l'étude qualitative ne permet pas d'obtenir des données chiffrables mais permet de comprendre la perception et les comportements d'une population concernant le sujet étudié.

Cependant, il en résulte que nous n'avons interrogé qu'un faible effectif de 11 médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant, soit 45% de l'effectif total à ce jour. Il faudrait, pour étayer les résultats, augmenter le nombre d'entretiens.

Pour donner plus de force à notre étude, il aurait fallu interroger d'autres intervenants de la prise en charge de la santé de la femme comme les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes intervenant sur place. Leur nombre reste toutefois très limité : 3

gynécologues-obstétriciens interviennent sur 2 îles différentes et une seule sage-femme est présente sur une île.

Un autre moyen de donner plus de force aurait été d'interroger sur ce sujet les femmes habitant sur les îles. Cela nous aurait permis d'entrevoir les difficultés du parcours de soins en gynécologie sous un autre angle mais ce n'était pas l'axe choisi pour notre étude.

Cette méthodologie a ainsi pu induire des biais :

- Un biais de mémoire : Les médecins répondants connaissant le sujet mais pas les questions à l'avance, ils ont pu faire face à une mauvaise compréhension des questions ou des oublis d'éléments de réponse qu'ils n'ont pas pu apporter au moment de l'entretien.
- Un biais de mesure car même si l'enquêtrice a essayé de respecter au mieux les codes de l'entretien semi-dirigé en gardant une attitude neutre, sa faible expérience a pu conduire à influencer les réponses des médecins.
- Un biais d'interprétation : L'analyse ayant été faite par une personne peu expérimentée en analyse qualitative a pu induire une mauvaise exploitation des données recueillies.

CONCLUSION

Les principaux acteurs de la santé de la femme insulaire sont les médecins généralistes sur place. Ce constat est en lien avec une nette diminution de la démographie médicale gynécologique sur l'ensemble de la France, en particulier dans les territoires ruraux dont les îles font partie. Ces médecins pratiquent la gynécologie-obstétrique comme sur le continent, en suivant les recommandations de bonne pratique pour leurs prises en charge.

Les principales difficultés sont liées à l'éloignement géographique. Même si cet éloignement est différent selon les îles, les médecins ont des difficultés communes notamment en ce qui concerne l'accès aux examens paracliniques ainsi qu'aux structures hospitalières pour les urgences et les accouchements. Ils souhaiteraient la venue de davantage de personnels autour de la santé de la femme mais aussi plus de communication avec les centres hospitaliers de proximité. Du fait de la ruralité et de la faible population locale, l'information délivrée auprès des femmes est primordiale pour qu'elles se fassent suivre régulièrement par leur médecin traitant et qu'elles participent aux programmes de dépistage des cancers gynécologiques. Cette thématique de la santé de la femme rurale est au cœur du débat actuel notamment grâce au rapport rendu par le sénat en octobre 2021.

Toutefois, nous n'avons pas été interroger ces femmes sur leur ressenti vis-à-vis du suivi gynéco-obstétrical, il serait donc intéressant de savoir comment elles le perçoivent et notamment comment elles ont vécu leurs grossesses sur une île.

BIBLIOGRAPHIE

1. Oger E, Laviolle B, Tattevin-Fablet F, Brigand L, Pinard S, Choquenot A. Thèse soutenue à Rennes le 16 décembre 2016. 1987;64.
2. Contrat Local de Santé. :141.
3. Piazza M. L'exercice de la médecine générale dans la Corse rurale de 2017. :57.
4. Trebaol R. L'exercice medical dans les îles du Ponant: le cas de l'île de Sein [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2004.
5. Iles de Bretagne, Basse Normandie, Vendée et Charente Maritime [Internet]. Îles du Ponant. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.iles-du-ponant.com/>
6. Insee - Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 15 juin 2020]. Disponible sur: https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-534817,6279930,427296,324838&c=indicator&i=ec_evol.naisdnn&s=2018&view=map1
7. Péron F. L'évolution démographique récente des îles du Ponant. L'amorce d'un renouveau insulaire. *Norois*. 1992;156(1):439-50.
8. Péron F. Fonctions sociales et dimensions subjectives des espaces insulaires (à partir de l'exemple des îles du Ponant). *Ann Geogr*. 2005;n° 644(4):422-36.
9. Boisbunon C. Exercer la médecine générale sur les îles bretonnes du Ponant, une vocation ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2006.
10. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
11. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Vo U M E*. :10.
12. OMG - Observatoire de la Médecine Générale [Internet]. [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <http://omg.sfmng.org/>
13. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Sante Publique (Bucur)*. 2005;Vol. 17(1):109-19.
14. Brosset M. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale. :1.
15. Legroux C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux. :112.
16. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France – Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur:

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>

17. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 2. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
18. CNG | Épreuves Classantes Nationales (ECN) [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/concours-examens/epreuves-classantes-nationales-ecn>
19. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. QUEL AVENIR ? SOMMAIRE [Internet]. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut
20. Accueil Sage-Femme [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>
21. Délégation aux droits des femmes : compte rendu de la semaine du 25 janvier 2021 [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20210125/2021_01_28_tr_sante.html
22. ENP2016_ER_etablissements.pdf [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_ER_etablissements.pdf
23. Combier E, Roussot A, Chabernaude J-L, Cottenet J, Rozenberg P, Quantin C. Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study. PLoS ONE. 24 févr 2020;15(2):e0228785.
24. Robin S. Accouchements inopinés sur l'île d'Yeu: identification et analyse des déterminants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2017.
25. Baillot A, Evain F. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. :8.
26. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. Int J Health Geogr. 20 août 2012;11(1):35.
27. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). 2019-774 juill 24, 2019.
28. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France. Eur J Public Health. 1 déc 2014;24(6):905-10.
29. Cancers fminins et fertilit | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 18 oct 2021].

- Disponible sur:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1637408821001061?token=A7F40082C34877DF3040AD048F28AA1577E8BA15B40B748DCD94976F86B3D4995339026DC8C9D7D4A009C787B0D71990&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211018142352>
30. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes [Internet]. [cité 4 oct 2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c4d23b0e-096a-467d-bcd7-df20ae30789d>
31. Verbizier AD. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en Lorraine. Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes. :133.
32. La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>
33. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
34. Bienvenue à bord de la Compagnie maritime Penn Ar Bed [Internet]. Penn Ar bed. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://pennarbed.fr/>
35. Traversée directe île de Bréhat - Vedettes de Bréhat [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.vedettesdebrehat.com/-Traversee-directe-ile-de-Brehat-15-apercu.pdf>
36. apercu.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2014%252FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=21936
37. 36 000 Communes - Dossier Démographie Médicale [Internet]. calameo.com. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0053079897f705c96d3d5>
38. convention-type-ivg-voie-medicamenteuse_legifrance.pdf [Internet]. [cité 21 sept 2021]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5326/document/convention-type-ivg-voie-medicamenteuse_legifrance.pdf

ANNEXES

Annexe n°1 : guide d'entretien

Éléments démographiques et pratiques professionnelles :

- Sexe
- Âge
- Où vivez-vous (île/ continent)
- Combien de jours travaillés sur l'île par semaine ? / Depuis combien de temps
- Mode d'exercice
- Matériel dédié à la consultation gynécologie
- Proportion femme/homme patientèle
- Moyenne d'âge patientèle
- Formation en gynécologie (stage d'externe, interne, diplôme complémentaire/ autre ?)
- Autres formations

- Décrivez votre pratique de la gynécologie .

Relance : Comment vous sentez-vous face à une consultation de gynécologie ? Quid de votre formation ?

Relance : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la pratique de la gynécologie ? en particulier sur l'île ?

Relance : y a-t-il d'autre personnel de santé sur l'île qui fait des consultations de gynécologie-obstétrique ?

Quelle organisation ?

Relance : Qui sont vos correspondants gynécologues-obstétriciens sur le continent ? Sont-ils facilement joignables ?

Relance : souhaiteriez-vous en faire plus ? Pourquoi ?

- Que pouvez-vous dire sur la prévention ?

- Décrivez vos suivis de grossesse ?

Relance : comment les suivis de grossesse sont-ils organisés sur l'île ?

Si vous avez participé à un accouchement extrahospitalier, pouvez-vous me raconter ?

Relance : Si un accouchement inopiné survient, dans l'hypothèse où un accouchement inopiné survient, quel est le protocole suivi ?

- Quels types de gestes pratiquez- vous en consultation de gynécologie ?

Relance (si pas évoqué) : DIU/ implant contraceptif

Où sont réalisées les échographies (obstétricales/ endovaginales) ?

Si pas réalisée par le médecin interrogé : quelles difficultés rencontrez-vous dans l'accessibilité à l'échographie ?

Où sont réalisés les examens de laboratoire ?

- En cas de nécessité d'un transfert en urgence, comment est-il réalisé ?

- Avez-vous déjà eu recours au 15 pour de la gynécologie-obstétrique ? Pouvez-vous me raconter ?

Quels moyens pourraient être mis en place pour rendre plus facile la pratique de la gynécologie obstétrique sur les îles ? Pistes d'amélioration ?

Est-ce qu'il y a des sujets qui vous semblent importants que nous n'avons pas abordés ?

Annexe n°2 : Caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Age	Lieu de vie (Île/continent)	Nombre de jours travaillés/ semaine	Depuis combien de temps	Mode d'exercice
Médecin A	F	61	Ile	6 (astreinte 7/7)	4 ans	Seul
Médecin B	H	60	Ile	7	7 ans	Seul
Médecin C	F	30	Ile	9 demi- journées	3 ans	Centre de santé
Médecin D	F	32	Ile	4	3 ans	Centre de santé
Médecin E	F	58	Ile	7	5 ans	Seul
Médecin F	H	60	50% île/ 50% continent	15 jours par mois	30 ans	Cabinet de groupe
Médecin G	H	42	Continent	12 jours par mois	3 ans	Cabinet de groupe
Médecin H	F	34	Continent	10 jours par mois	2 ans	Cabinet de groupe
Médecin I	F	37	Continent	1 (cabinet sur le continent le reste du temps)	7 ans	Seul
Médecin J	F	30	Continent (logée sur l'île quand y travaille)	4	1 an et demi	Maison de santé pluridisciplinaire (MSP)
Médecin K	F	37	île	4	3 ans	MSP

	Matériel dédié à la consultation gynéco	Moyenne d'âge patientèle estimée	Proportion femmes/hommes patientèles estimée	Formations en gynécologie	Autres formations
Médecin A	Etriers, spéculum, frottis, prélèvement vaginal (PV), doppler fœtal	75 ans	Femmes>hommes	Internat	Médecin pompier, urgences, homéopathie
Médecin B	Etriers, spéculum	60 ans	50/50	Externat	DU médecine manuelle, médecine du sport
Médecin C	Etriers, spéculum, frottis, PV, doppler fœtal, échographe, monitoring	<60 ans	80% femmes	Internat 3 mois, DU gynécologie	Médecin correspondant SAMU
Médecin D	Etriers, spéculum, PV, set de pose et dépose stérilets et implants	50 ans	Femmes>hommes	Internat 3 mois, formation aux gestes techniques	DU de pathologies tropicales, médecin correspondant SAMU
Médecin E	Frottis, pince pour retrait polype, kit accouchement	>50 ans	60% femmes	Externat, DU contraception	Médecin correspondant SAMU
Médecin F	Etriers, PV, frottis, échographe type fast-écho	65 ans	2/3 femmes	Internat	Propharmacien, médecin correspondant SAMU
Médecin G	Spéculum, frottis, doppler fœtal, test urinaire grossesse, échographe, kit retrait implant	50 ans	60% femmes	DU gynécologie	DU santé publique, médecine maritime, médecine hyperbare, médecin pompier, médecin correspondant SAMU
Médecin H	Spéculum, frottis, doppler fœtal	72 ans	Femmes >hommes	Internat 3 mois	
Médecin I	Frottis, échographe portatif		50/50	DU gynécologie	DU d'échographie en médecine générale
Médecin J	Spéculum, frottis, prélèvements, kit pose stérilets	>60 ans	50/50	DU gynécologie	
Médecin K	Echographe, frottis, doppler fœtal, kit pose stérilets		2/3 femmes	Externat, formation IVG médicamenteuse, échographie gynéco	CAPA médecine d'urgence

**Annexe n°3 : Évolution démographique insulaire (nombre d'habitants/
km2)**

	1968	1990	2007	2017
Groix	213,3	166,8	154,6	152,7
Ouessant	116,4	68,2	54,4	53,6
Belle-île	51,5	52,4	59,2	63,4
Molène	702,7	369,3	289,3	188
Batz	313,4	244,6	199	149,8
Bréhat	211,3	149,2	142,1	116,8
Sein	1391,7	580	376,7	415
Yeu	205,2	211,9	210,4	206,2
Houat	157	134	100,7	79,4
Aix	173,9	167,2	184	188,2
Iles aux moines	222,2	192,8	169,4	189,4
Arz	128,5	77,6	76,4	68,2
Hoëdic	91,8	67,3	55,3	47,6
Moyenne îles	533,05	396,64	359,34	344,19
France	91,4	104,1	113,6	118,8

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : BILLIER

PRENOM : Émilie

Titre de Thèse : État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes insulaires à partir d'entretiens semi-dirigés

RESUME

Introduction : Les médecins généralistes insulaires ont une pratique polyvalente grâce à leur exercice si particulier. Même si la population locale est vieillissante, il y a quand même une nécessité de suivi gynécologique préventif mais aussi obstétricale pour les quelques grossesses annuelles. La démographie médicale gynécologique a tendance à diminuer. Peu de données existent actuellement sur la gynécologie-obstétrique insulaire.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés en interrogeant les médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant.

Résultats : 11 entretiens ont été effectués. Il a été retrouvé que la part des consultations gynécologiques était faible (<10%), mais que les motifs de consultations étaient variés. Les suivis de grossesse respectent les recommandations HAS en ce qui concerne les consultations. Les principales difficultés évoquées sont l'accès au second recours lié à la situation géographique particulière, la formation médicale et la qualité de l'information délivrée aux femmes insulaires. Les médecins souhaiteraient en premier lieu un accès spécialisé facilité.

Conclusion : Les médecins généralistes sont les principaux garants de la santé de femmes insulaires avec les difficultés que cette prise en charge comporte. Il serait intéressant d'avoir le point de vue des femmes sur cette thématique pour élargir notre recherche.

MOTS-CLES : gynécologie-obstétrique insulaire, médecine insulaire, médecin généraliste, îles du Ponant, insularité, ruralité