



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Noémie KERAVEC

Née le 26 avril 1987 à Brest

**La médecine
insulaire :
Perception des
médecins
généralistes
exerçant sur les
îles du Ponant**

**Thèse soutenue à Rennes le 16
décembre 2016**

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER

PU-PH, Université de Rennes 1 / *Président de jury*

Bruno LAVIOLLE

PU-PH, Université de Rennes 1 / *examineur*

Françoise TATTEVIN-FABLET

PU associée, Université de Rennes 1 / *examineur*

Louis BRIGAND

PU, Université de Brest / *examineur*

Stéphane PINARD

Médecin généraliste / *examineur*

Alexis CHOQUENET

Médecin généraliste / *directeur de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Noémie KERAVEC

Née le 26 avril 1987 à Brest

**La médecine
insulaire :
Perception des
médecins
généralistes
exerçant sur les
îles du Ponant**

**Thèse soutenue à Rennes le 16
décembre 2016**

devant le jury composé de :

Emmanuel OGER

PU-PH, Université de Rennes 1 / *Président de jury*

Bruno LAVIOLLE

PU-PH, Université de Brest / *examinateur*

Françoise TATTEVIN-FABLET

PU associée, Université de Rennes 1 / *examinateur*

Louis BRIGAND

PU, Université de Brest / *examinateur*

Stéphane PINARD

Médecin généraliste / *examinateur*

Alexis CHOQUENET

Médecin généraliste / *directeur de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistique, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie

JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie

PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIE Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des Universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférences associé)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies Pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pedro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire

MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (Maître de conférences associé)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELLL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Emmanuel Oger,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury.

Je tiens à vous témoigner mon respect et toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bruno Laviolle,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Françoise Tattevin-Fablet,

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury, pour votre disponibilité et pour vos précieux conseils.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Louis Brigand,

Merci à vous Louis Brigand, d'avoir spontanément accepté de participer à ce jury et d'avoir partagé avec moi un peu de votre passion pour les îles.

A Monsieur le Docteur Alexis Choquenot,

Merci à toi Alexis, de m'avoir inspiré le sujet de cette thèse, d'avoir accepté de plonger dans l'inconnu et de t'en être très bien sorti.

A Monsieur le Docteur Stéphane Pinard,

Merci à toi Stéphane, de m'avoir fait découvrir le premier la médecine insulaire à Belle-Ile, la bien-nommée, où je reviens toujours avec le même plaisir.

A tous les professionnels de santé que j'ai croisés au cours de mes stages, à mes maîtres de stage, médecins généralistes, qui m'ont accompagnée tout au long de ma formation.

A tous les médecins généralistes des îles du Ponant (et de Porquerolles), qui ont accepté de collaborer à ce travail, pour leur disponibilité et leur accueil chaleureux.

A tous ceux qui, de près ou de loin, m'ont accordé un peu de leur temps et ont ainsi participé à l'élaboration de cette thèse.

A ma famille et mes amis,

A mes chers parents, mes piliers, Maman, Papa, je vous dédie ce travail pour tout ce que je vous dois. Ma réussite est la nôtre, je ne vous remercierai jamais assez pour votre amour, votre dévouement (les déménageurs bretons c'est vous !), votre patience et votre soutien tout au long de ces années d'étude. Merci aussi pour tout ce que vous m'avez transmis, vous êtes des modèles, j'espère un jour être un parent aussi exemplaire que vous l'avez été. Je serai toujours là pour vous, je vous aime.

A mes frères et mes belles-sœurs, auprès de qui j'ai grandi (dans tous les sens du terme), pour les précieux moments en famille (passés, présents et futurs) et qui me sont si chers, je suis fière de vous, je vous aime tendrement. A mes deux amours de neveux, Antoine et Arthur, que j'aime plus que tout et qui m'emplissent de bonheur. Et à ceux qui suivront j'espère (n'est-ce pas mon Titi ?!)...

A mes deux filleules, Louise et Eva, que je ne vois pas assez souvent malheureusement.

Au reste de la famille, dont ceux qui sont partis trop tôt. A Papy et Mamie « Vannes » pour leur soutien à leur manière (« Alors cette thèse ça en est où ? »), leur porte toujours ouverte et la cantine toujours aussi bonne ! A Papy et Mamie « Plovan » pour ces délicieux souvenirs d'enfance qui éveillent tous mes sens, et qui ne me quitteront jamais. A mes oncles, tantes, cousins, cousines. A Mireille, que j'aurais tant aimé avoir à mes côtés aujourd'hui.

A ceux qui me connaissent depuis longtemps (et qui m'aiment quand même) : Julien (mon plus fidèle compagnon de route, toi et moi c'est à la vie, à la vie !), sa moitié Sandra et leur tribu, ma Chachouille (ma petite caille, mon petit lapin, dommage que je ne puisse pas mettre le smiley avec les yeux en forme de cœur mais bon c'est ma thèse quand même...), ma petite Marinette (loin des yeux mais toujours près du cœur), ma Vivi (idem !), Boubou, Jérémy (mon Bobby), Raf et Mathilde, Jean-Phi...

A ceux rencontrés au cours de mes études, de Brest et d'ailleurs : Nath (ma poule je ne pouvais pas rêver meilleure partenaire pour mon aventure rennaise), Mathilde et Manue, Julia, Béné et Romain, Popo et Vincent (et leur petit cocon chaleureux, témoin des prémices de ce travail), Marie et Ben (et leur bout de chou !), Laëti et Pierre, Steph et PM (et leur princesse !), Antoine, Brendoun, Jim, Marielle, Camille... mais aussi le trio de rêve Sarah, Céline et Marie (mes Dany's ! Vivement les prochaines vacances Brin de Soleil), ma bonne Clémentine, Valentine... Et enfin Cécile et Pierre-Yves (et le petit Gus) qui ont rendu l'aventure belliloise encore plus sympathique... Bref toutes ces personnes avec qui je partage bien plus que la médecine !

Et puisqu'il est d'usage, à l'homme de ma vie, où qu'il se cache, je t'attends petit con...

Aux îles du Ponant, que j'ai eu un immense plaisir à découvrir ou redécouvrir...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
TABLE DES MATIERES	10
I. INTRODUCTION	11
II. MATERIEL & METHODE	12
III. RESULTATS.....	14
1. Caractéristiques de l'échantillon	14
2. Mode d'exercice	16
3. Circonstances d'installation.....	18
4. Pratique quotidienne.....	22
5. Difficultés	27
6. Qualité de vie.....	31
7. Perceptions de l'avenir	34
8. Suggestions pour l'avenir.....	37
IV. DISCUSSION	40
1. Etude.....	40
2. Interprétation	40
2.1. Un profil de médecin insulaire ?.....	40
2.2. Une qualité de vie et une médecine attractives.....	42
2.3. Les limites de la vie insulaire	44
2.4. Le paradoxe de la vie insulaire.....	45
2.5. Une grande hétérogénéité mais une volonté d'harmonisation	46
V. CONCLUSION	47
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49
VII. GLOSSAIRE.....	51
VIII. ANNEXES.....	52
Annexe n°1 : Guide d'entretien.....	52
Annexe n°2 : Caractéristiques des médecins interrogés.....	53
Annexe n°3 : Caractéristiques des médecins interrogés (2).....	54
Annexe n°4 : Mode d'exercice des médecins interrogés	57
Annexe n°5 : Caractéristiques des îles du Ponant.....	59
Annexe n°6 : Offre de soins sur les îles du Ponant.....	61

I. INTRODUCTION

Les îles du Ponant regroupent les quinze îles françaises, dont treize habitées, du littoral de la Manche et de l'océan Atlantique. Réparties sur quatre régions et six départements, elles comptent 18 communes et rassemblent environ 16000 habitants. Vivre sur une île offre le privilège d'évoluer au sein d'un environnement exceptionnel protégé par la mer. Mais au-delà de cette vision idyllique, se cachent aussi des contraintes sociales, notamment la rareté de certains services, le manque d'emploi, le coût élevé de la vie et la pression foncière (1) ainsi qu'un accès aux soins compliqué. Toutefois, une vingtaine de praticiens exercent sur les îles du Ponant en tant que médecins généralistes, ils y sont seuls sur dix d'entre elles. La spécificité de l'insularité rend l'exercice singulier. La thèse de Claire Boisbunon (2) nous apprend qu'il n'existait pas, en 2006, de portrait type du médecin îlien. Les motivations à l'installation sur une île étaient à la fois personnelles (principalement l'environnement marin) et professionnelles (une pratique différente de la médecine générale). Le travail de Rozen Trebaol (3) en 2004 relevait les particularités de l'exercice insulaire : la polyvalence nécessaire des praticiens, et la fréquence élevée des gardes médicales. Car les médecins insulaires sont isolés, sur le plan géographique et sanitaire, ils sont donc les professionnels de premier recours. De plus ils doivent, durant la saison estivale, faire face à l'afflux touristique, la population pouvant alors être multipliée par 10 (4). Les études de démographie médicale ne prenant pas en compte la population touristique, la densité médicale sur les îles s'en trouve globalement supérieure à la moyenne nationale, voire très supérieure sur les petites îles (5). Pour autant, la présence d'un médecin sur ces territoires restreints paraît indispensable devant la contrainte de l'isolement. A l'heure où les zones rurales sont peu à peu désertées par les médecins, l'offre de soins sur les îles est très fragile. Ce constat nous a amenés à nous interroger sur les conditions d'exercice sur chacune des îles du Ponant. L'objectif de ce travail était d'évaluer le ressenti et les difficultés des médecins insulaires, dans le but de relever les éventuelles solutions pour pérenniser l'offre de soins sur ces territoires.

II. MATERIEL & METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative descriptive, réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés.

1. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée sur Google scholar en utilisant les mots clés « îles du Ponant », « médecine insulaire » et « médecine » associée à chaque nom d'île. Les bases de données Pubmed, Cismef, EMC et ScienceDirect ont été consultées, ainsi que le catalogue de thèses Sudoc. La gestion des références retenues a été effectuée avec le logiciel Zotero.

2. Recrutement

Dans une première phase, tous les médecins des îles du Ponant installés à l'année ont été recrutés par courrier ou par courrier électronique. Ils étaient informés que l'enquêtrice était médecin généraliste remplaçante et réalisait une thèse sur la perception des médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant. Les modalités de l'entretien étaient également décrites, il leur était proposé de les rencontrer à leur cabinet, au moment qui leur convenait, pour un entretien de 45 minutes à une heure. Dans un second temps, tous les médecins étaient contactés par téléphone ou par courrier électronique pour convenir d'une date d'entrevue.

3. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par des entretiens individuels semi-dirigés en face à face. Le guide d'entretien (annexe 1) était constitué d'une liste de thèmes à explorer, composé de questions ouvertes pour permettre au médecin répondant une libre expression de ses expériences. Il a été testé au préalable auprès d'un médecin généraliste remplaçant connu de l'enquêtrice. Il n'a pas été modifié au cours de l'étude. Chaque question était suivie de relances de la part de l'enquêtrice, pour couvrir les thèmes proposés dans le guide. Les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins interrogés pour la majorité, au domicile des interrogés pour 4 d'entre eux, au domicile d'un confrère pour 2 autres, dans un café pour les 2 derniers, isolés et au calme dans les deux cas. La durée moyenne des entretiens était de 49 minutes, le plus court ayant duré 15 minutes et le plus long 90 minutes. L'entrevue débutait par une phase de présentation de l'enquêtrice et du sujet d'étude. Les participants étaient assurés de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies. A la fin de l'entrevue, un court questionnaire permettait de noter les caractéristiques sociodémographiques de l'interrogé.

4. Méthode d'analyse

Les échanges ont été enregistrés sur enregistreur numérique vocal, après accord oral du médecin, et retranscrits manuellement mot à mot grâce au logiciel de traitement de texte Office. L'analyse a été réalisée en 3 phases. D'abord le codage, consistant en l'identification de tous les mots ou passages porteurs de sens. Ensuite une analyse thématique, c'est-à-dire un regroupement des codages par sous-thèmes puis thèmes définis. Enfin une analyse transversale des propos afin de mettre en lien les différents thèmes et sous-thèmes.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon

1.1. Taille de l'échantillon

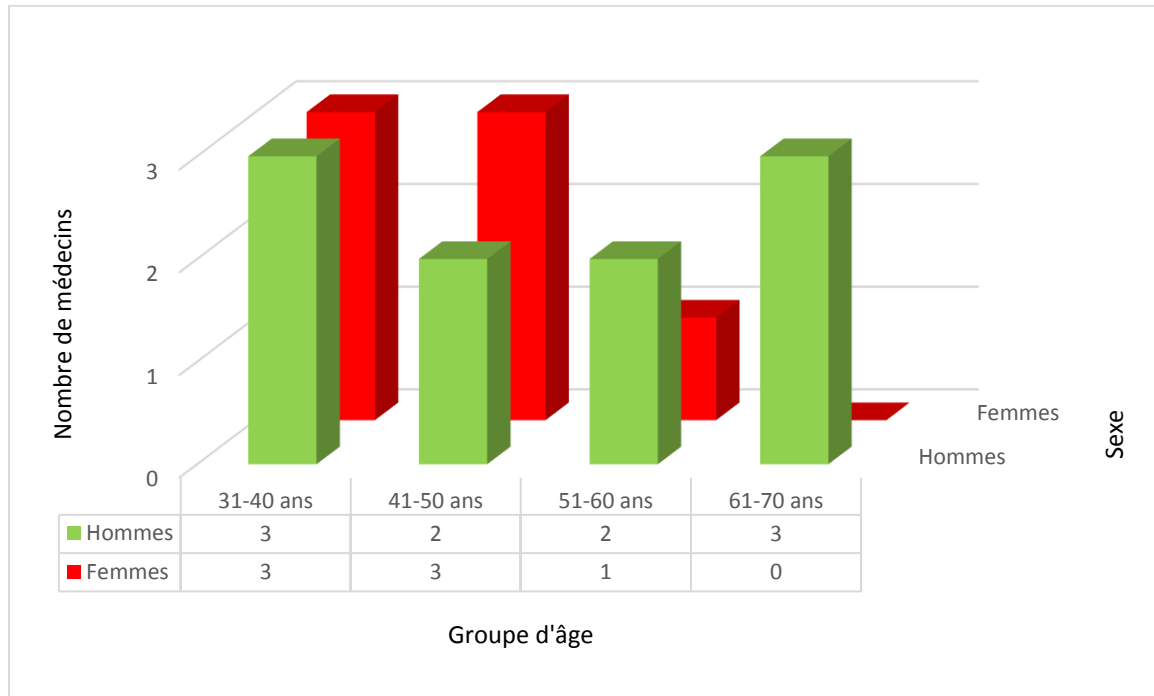
L'objectif était de rencontrer tous les médecins des îles du Ponant. Sur les 22 médecins contactés, 16 médecins installés et un remplaçant régulier ont participé à l'étude, soit un total de 17 entretiens réalisés entre mai et juin 2016. Trois médecins ont refusé de participer à ce travail, dont deux par manque de disponibilité, deux autres n'ont pas donné suite à mes sollicitations et un médecin a dû annuler l'entrevue à cause d'un contretemps.

1.2. Caractéristiques des interrogés

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées en annexes 2 et 3.

L'échantillon était composé de 7 femmes et 10 hommes. L'âge moyen était de 47,2 ans, pour des âges extrêmes de 32 à 69 ans.

Figure n°1 : Répartition de l'âge et du sexe des interrogés



Sur les 17 participants, 11 étaient mariés, 3 en concubinage, un était célibataire et 2 autres divorcés.

1.3. Expérience/formation

Sept des 17 participants ont fait leur internat à Paris ou en Ile de France, 4 l'ont fait à Rennes, 2 à Brest, un à Bordeaux, un à Lyon et un à Strasbourg. Pour 8 d'entre eux il s'agissait de leur 1^{ère} installation.

Figure n°2 : Répartition de la durée d'installation.

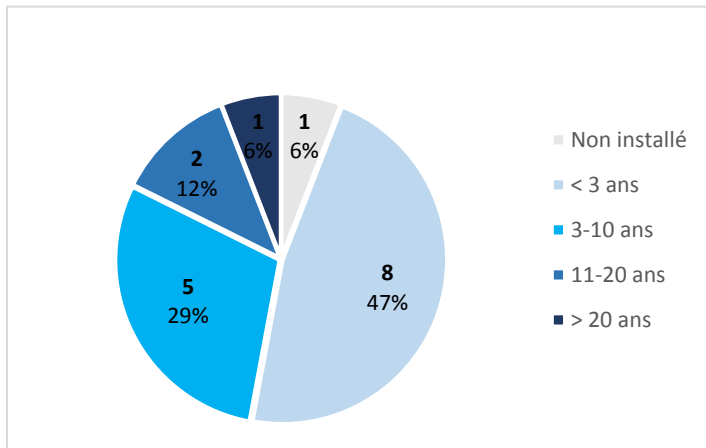
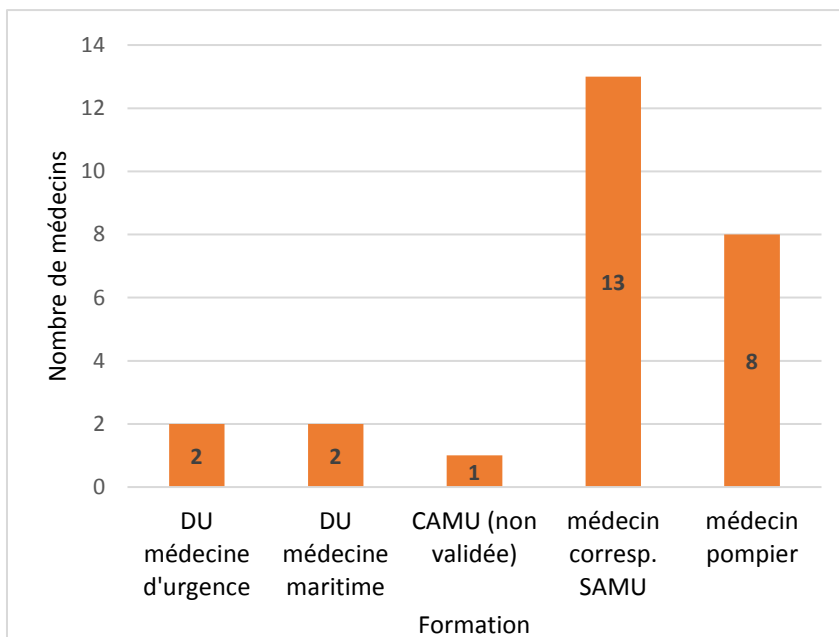


Figure n°3 : Formation complémentaire à l'urgence



Par ailleurs, 9 médecins insulaires étaient maîtres de stage.

Concernant le parcours des médecins, 5 avaient eu une expérience préalable sur des îles ou dans les DOM-TOM (Antilles, Réunion, Mayotte, Saint-Pierre & Miquelon, autres îles du Ponant) et 3 une expérience à l'étranger (Arabie Saoudite, Guinée Conakry, Madagascar). Deux praticiens avaient été médecin embarqué et 2 autres avaient eu une expérience au sein de MSF.

2. Mode d'exercice

Le mode d'exercice des médecins interrogés est présenté en annexe 4.

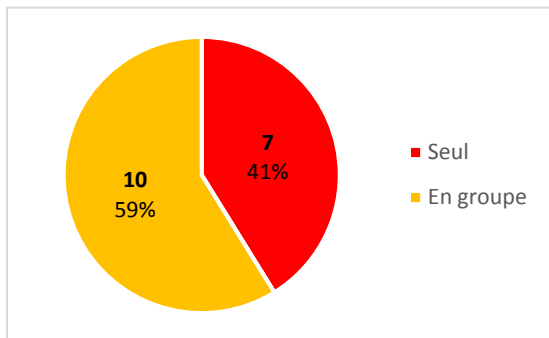
2.1. Statut et lieu d'exercice

Neuf médecins avaient un statut libéral, 3 un statut de salarié au sein d'un centre de santé et les 5 autres un statut mixte, à la fois libéral et salarié.

Parmi les 9 médecins libéraux, 7 exerçaient dans un local communal et 2 dans un local privé. Les 8 autres soignants travaillaient au sein d'une structure hospitalière.

2.2. Mode de fonctionnement

Figure n°4 : Répartition du mode de fonctionnement



Neuf avaient une secrétaire à mi-temps, 3 une secrétaire à temps complet et 5 n'en n'avaient pas. Seize médecins sur les 17 étaient informatisés, un seul ne l'était pas (P).

2.3. Propharmacie

Trois médecins étaient propharmaciens. Les « médecins propharmaciens » sont, selon une dérogation du code de la santé publique, des médecins établis dans une commune dépourvue d'officine de pharmacie, autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments remboursables et non remboursables.

2.4. Remplaçants réguliers

Quatre médecins déclaraient avoir un remplaçant régulier.

2.5. Rythme de travail

Figure n°5 : Répartition du nombre de consultations quotidiennes

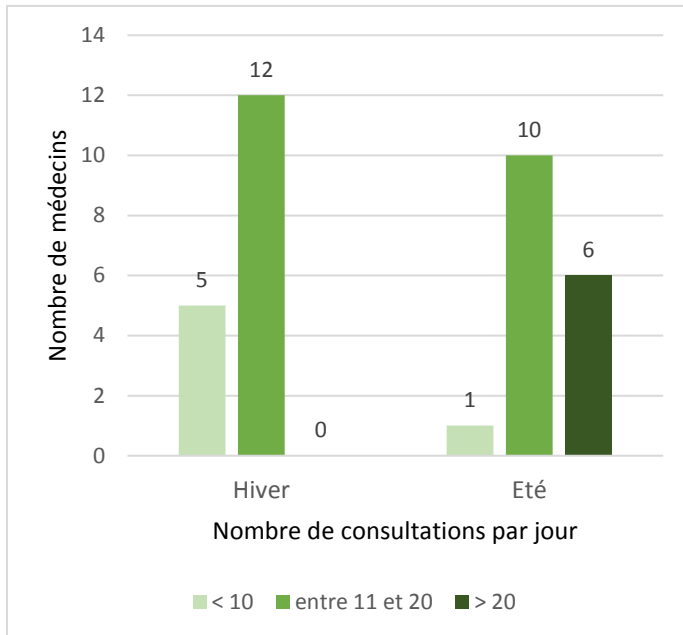
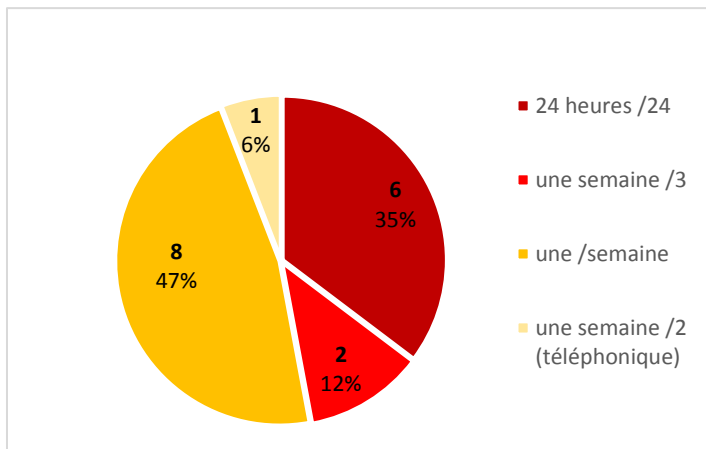


Figure n°6 : Répartition de la fréquence des astreintes



3. Circonstances d'installation

3.1. *Motivations personnelles*

3.1.1. Changement de vie

Le premier argument mis en avant était le changement de vie, « envie de changer un peu, de prendre l'air » (B), le souhait de vivre autrement, plus simplement, « recréer une façon de vivre, [...] tout simplement avec une petite maison, un petit potager, un petit canot pour aller à la pêche » (H).

3.1.2. Environnement

En second plan, il s'agissait pour la plupart des médecins du souhait de venir vivre dans un environnement privilégié, « on cherchait un endroit agréable » (A), alliant mer et campagne, « pour le côté marin c'est sûr » (P), « y'avait quelque chose qui m'attachait vraiment à venir dans un monde rural » (J). Certains évoquaient l'importance d'une bonne qualité de vie pour leurs enfants, « on avait envie [...] d'espace [...] pour nos enfants » (N).

3.1.3. Retour aux sources

Pour l'un des médecins (B), il s'agissait aussi d'un retour aux sources, « revenir au pays un peu en quelque sorte, même si je n'ai jamais habité ici, [...] mais mon père est né ici, mon grand-père, mon arrière-grand-père etc ».

3.1.4. Suivre le conjoint

L'un des interrogés (G) avait suivi son conjoint sur l'île, « il a racheté [une] boîte [...], et on s'[est] dit ben ouais, si on allait faire un petit tour sur l'île ».

3.1.5. Préparer la retraite

Pour un autre praticien (K), il s'agissait de préparer la retraite, « je pense qu'habiter un endroit quand on y a travaillé c'est quand même beaucoup mieux que de se pointer comme un retraité dans un endroit où personne ne nous connaît ».

3.2. Motivations professionnelles

3.2.1. Mode d'exercice

Pour la majorité des interrogés, la motivation première était le mode d'exercice sur l'île, « c'était quelque chose qui correspondait à ma vision de la pratique de la médecine » (E). C'est notamment la diversité de l'exercice ilien qui les avaient attirés, « le côté prise en charge globale du patient c'est-à-dire aller du diagnostic jusqu'à la distribution du traitement » (I), « vraiment une médecine générale très complète » (P), « le fait de ne jamais faire la même chose » (K). Exercer sur un territoire isolé était également un argument pour certains, « je me voyais plus travailler isolé en brousse, sans forcément avoir de recours à des hôpitaux proches » (H), « la particularité d'une île c'est qu'on se pose un peu plus de questions, [...] comme on n'a pas tout sous la main et ben on y réfléchit à deux fois et on est plus attentif à son examen clinique » (Q). Pour d'autres, le travail d'équipe et/ou la structure hospitalière ont été des arguments à l'installation, « y'a une interaction avec tout le monde et ça c'est très intéressant, on n'est pas tout seul » (K), de même que le double statut avec l'avantage de « pouvoir avoir une activité hospitalière et une activité libérale » (K). Le salariat était une condition primordiale pour les 3 médecins bénéficiant de ce statut à temps plein, « depuis mes remplacements [...] j'avais trouvé que [...] c'était difficile d'être à la fois chef d'entreprise [...] et avoir cette mission de soins, pour moi c'était deux choses qui étaient pas compatibles » (E), « si ça avait été en libéral je serais pas venue » (F). Le rythme de travail avait également attiré les médecins, « c'est extraordinaire pour un médecin d'avoir son samedi dimanche, [...] rentrer plus tôt, rentrer déjeuner » (K), offrant ainsi « la possibilité de faire de la médecine libérale [...] tout en pouvant s'occuper de nos enfants » (N). Un médecin (A) avançait enfin comme argument à l'installation sur l'île le fait de renouer avec une certaine indépendance dans son exercice, de « retrouver sa propre gouvernance ».

3.2.2. Changement de pratique

Comme sur le plan personnel, il s'agissait pour beaucoup de rompre avec les conditions de travail antérieures, « fallait vraiment que je me relance sur quelque chose de différent » (L), certains évoquant même un burnout, « un état d'épuisement » (L), « après 28 ans d'activité professionnelle en région parisienne, y'avait une fatigue physique qui était vraiment très intense » (O), « j'ai décidé d'arrêter, de ne plus vivre comme ça » (K). Certains évoquaient un ennui, une perte des acquis, « toujours les mêmes patients, toujours les mêmes consultations, des années qui se ressemblent des journées qui se ressemblent, des semaines qui se ressemblent » (L), et à l'issue « peu d'épanouissement professionnel, une lassitude » (L), « je finissais par m'ennuyer un peu » (K). Certains regrettaient un exercice tourné vers la rentabilité, « le matin on se lève et on sait qu'il faut qu'on gagne tant pour payer tant de

charges » (L) ou monopolisé par la gestion administrative, « j'étais complètement envahi de papiers » (K).

3.2.3. Souhait de ne plus travailler sur le continent

Pour quelques participants, l'exercice ilien s'avérait une alternative à un exercice plus classique, « je suis totalement incapable de travailler sur le continent parce que le rythme me convient pas, [...] j'arrive pas à m'adapter » (H), « moi j'aurais peur de m'ennuyer sur le continent » (E), « dans une ville [...] on laisse échapper une partie intéressante de la profession qui peut être la prise en charge de l'urgence » (L).

3.2.4. Cadre de travail

Pour certains médecins, l'environnement était un argument sur le plan professionnel également, le décrivant comme « un endroit où on pourra être remplacés assez facilement, [...] dès que c'est un peu touristique ça fait venir » (J), et s'agissant d'un secteur géographique restreint, « un petit territoire sur lequel [...] on peut construire des projets plus facilement » (D), avec un intérêt en terme de santé publique car donnant « une vue d'ensemble d'un bassin de population » (Q).

3.3. Modalités d'installation

3.3.1. Annonce

Certains médecins ont classiquement répondu à une annonce, « j'ai vu une annonce pour [l'île] » (M).

3.3.2. Suite à des remplacements

Une partie de l'échantillon avait commencé par des remplacements sur l'île, d'une durée plus ou moins longue, de 8 ans (G) à 15 jours seulement, « à la fin du remplacement on était convaincus [...] qu'on était faits pour être là » (J).

3.3.3. Hasard ou opportunité

Pour plusieurs médecins, l'installation sur l'île était le fruit du hasard, « un concours de circonstances total » (J), « c'est un ami qui m'a dit que le maire de l'île cherchait un médecin, parce que celui qui était en place voulait partir » (C), « la mère de ma femme [...] est tombée malade, j'ai donc rencontré [l'un des médecins de l'île], qui était son médecin traitant » (K). L'un des praticiens a saisi une opportunité « j'ai appelé, j'ai dit au fait vous avez pas besoin, et si justement, et ça s'est fait, très rapidement » (F).

3.3.4. Sollicitation directe

Deux médecins ont été directement sollicités, « le Dr T. du conseil général [...] et le Dr L.G. du conseil de l'Ordre [...] m'ont appelé en me disant [...] il est temps que tu viennes, t'as le profil » (B), « mon collègue a décidé de créer le poste, [...] à condition que je lui garantisse de venir le remplacer régulièrement » (I).

3.4. Rapport à l'insularité

3.4.1. Connaissance préalable de l'île

Certains interrogés connaissaient déjà l'île sur laquelle ils se sont installés et il s'agissait pour eux d'un choix délibéré, que ce soit un retour aux sources, « revenir dans le pays [...] de mes pairs » (B), ou suite à de nombreux séjours, « je passe mes vacances ici depuis que j'ai 5 ans, j'ai pas débarqué sur l'île par hasard » (F), « on a une maison depuis 11 ans sur l'île » (O), certains par le biais de leur conjoint(e), « mon mari [...] vient là depuis qu'il est tout petit » (G), « mon épouse [...] depuis son enfance elle vient [sur l'île] » (K).

3.4.2. Aucune attache préexistante

Pour un petit nombre de médecins, l'insularité n'avait pas été un critère déterminant à leur installation, « je cherchais pas une île » (C), parfois même ils en ignoraient l'existence jusqu'alors, « cette île-là, moi je l'ai découverte en arrivant ici, je la connaissais pas du tout avant » (D), « je savais même pas que ça existait » (I).

3.4.3. Curiosité

Certains participants admettaient un effet de curiosité, « j'aime bien l'originalité, [...] donc ça faisait partie aussi de l'attrait » (D), « c'était le côté atypique un peu [...] de [l'île] » (Q).

3.5. Aides à l'installation

Plusieurs personnes de l'échantillon avaient bénéficié d'une aide matérielle sous forme de local mis à disposition par la mairie (A, C), ou contre un loyer dérisoire (O). D'autres ont pu obtenir une aide financière, que ce soit par une subvention de la DISSD (I), via le PTMG (J, N) ou le CESP (J). La majorité des médecins n'avait cependant bénéficié d'aucune aide à l'installation.

3.6. Projet initial

Si certains avaient pour objectif au moment de l'installation de rester jusqu'à la retraite (A, O), d'autres s'étaient fixé une échéance pour faire un premier bilan de leur expérience sur l'île, « au bout de 5 ans

on réfléchit, on regarde [...] le pour le contre » (H), « on fait le point dans 5 ans voir un peu comment ça se passe » (N). Pour la majorité des médecins, il n'y avait pas, au début de leur exercice, d'objectif défini du temps de présence sur l'île, « je pensais faire 4-5 ans, 5-6 ans, y'avait vraiment pas d'idée précise » (B), « je sais pas me fixer des échéances » (G). Deux médecins s'accordaient à dire que la limite serait probablement physique, « en fonction également de mon état de santé » (O), « c'est quand même une médecine qui est fatigante, avec les gardes de nuit, [...] est-ce qu'on aura l'endurance encore dans 10 ans ou 15 ans de faire ça » (N). Deux autres participants raisonnaient en fonction de leur entourage, que ce soit leur conjoint(e), « en fonction [...] de l'état de santé éventuellement de mon mari » (O), de « combien de temps il supporte sans travailler » (F), ou leurs enfants, « je sais pas élever mes enfants avec la perspective de me dire qu'ils iront obligatoirement en pension après » (J).

4. Pratique quotidienne

4.1. Conditions de travail

Les conditions de travail étaient décrites par la quasi-totalité des interrogés comme « bonnes » (C), même « très bonnes » (O) voire « extraordinaires » (N). Un seul médecin émettait un bémol décrivant les conditions d'exercice comme « difficiles pour le moment », l'expliquant par le contexte, « on essaye de monter quelque chose pour pérenniser l'offre de soins » (H).

4.1.1. Variété de l'exercice

L'activité était unanimement appréciée pour sa diversité, « on est vraiment les médecins de 1^{er} recours ici, donc on vient nous voir pour tout, absolument tout » (F), le côté multitâches, « on a plein de casquettes » (N), « je considère qu'ici on est des petits internistes » (J), et donc l'absence de routine, « on n'a pas [...] une journée où toutes les consultations se ressemblent » (G), « je prescris des choses beaucoup plus différentes ici que je ne faisais à Paris, en ayant une population presque trois fois moindre » (O). Les médecins ayant connu une précédente installation semblaient d'autant plus apprécier cette variété, « refaire des choses qui sont un peu plus à la base de la médecine qu'on ne fait plus ailleurs, les sutures, l'urgence » (A).

4.1.2. Prise en charge globale

Autre point largement apprécié, la « vision un peu globale [des patients] » (F), « aller du diagnostic jusqu'à la distribution du traitement » (I).

4.1.3. « Vraie » médecine

Une partie importante de l'échantillon exprimait le sentiment d'exercer de la « vraie médecine », « un exercice de la médecine générale qui est assez authentique » (F), appréciant le fait qu'il n'y ait « pas beaucoup de bobologie » (O), et déclarant que les îliens « viennent souvent [...] soit pour plusieurs trucs, soit pour des trucs graves » (E).

4.1.4. Exercice enrichissant

La plupart des interrogés aimait particulièrement l'épanouissement lié à l'exercice, « c'est intellectuellement hyper intéressant » (J), « plus valorisant » (B), et le caractère formateur de celui-ci, « tous les jours on apprend des choses, [...] c'est hyper épanouissant » (L), « ça nous pousse à nous améliorer en permanence dans plein de domaines » (N).

4.1.5. Autonomie

Tous les participants s'accordaient à dire que la médecine insulaire requiert une certaine autonomie, certains estimant « qu'il faut savoir se débrouiller tout seul » (C), « on va pas s'amuser à appeler l'hélicoptère à 3 heures du matin pour dire peut-être bien que je voudrais une échographie » (B), d'autres relativisant, « le raisonnement reste celui d'un généraliste, on fait pas les cow-boys » (F), « ce qui est important [...] c'est de pas non plus dépasser ses connaissances et de ne faire que ce que l'on fait bien » (K).

4.1.6. Disponibilité

Une bonne partie de l'échantillon évoquait la grande disponibilité qu'implique l'isolement, surtout sur les petites îles, « on est médecin H24 » (J), souvent décrite comme contraignante, « parfois [...] un peu lourde à gérer » (O), « [c'est] très prenant » (E), « je n'ai pas forcément toute ma liberté » (O), et source d'une préoccupation permanente, « on est tout le temps avec le téléphone à vérifier qu'il capte bien [...] en cas d'urgence » (H).

4.1.7. Charge de travail

La majorité des médecins considérait la charge de travail comme relative, « la contrainte en rythme de travail est moindre [...] parce que l'été c'est ce qu'on faisait en moyenne ailleurs » (A), « on a le temps de tout faire » (P), et cela était d'autant plus relevé chez les médecins travaillant en groupe, « dans les grosses agglomérations, la journée d'un médecin ça commence à 17h, [...] ici elles se terminent à 17h, et ça nous laisse un temps avec nos familles » (J), « en travaillant en équipe, on a la possibilité d'avoir des fins à nos journées en sachant qu'on a quelqu'un qui prend le relai » (N), « comme on est nombreux on peut s'arranger, j'ai quand même pu partir un mois en vacances cet hiver » (K). Pour deux médecins

associés cependant, la semaine était décrite comme « bien chargée » (G), avec « beaucoup d'heures de travail » (G), « parce qu'on couvre [...] la permanence des soins, de 8h à 20h, et on assure les nuits également » (H). Par ailleurs, un des médecins (A) ne manquait pas de préciser que « la journée est extrêmement variable en fonction de la saison ».

4.1.8. Cadre de travail

La plupart des médecins appréciaient leur cadre de travail, et principalement le fait d'être sur un petit territoire, « je peux aller en vélo [faire les visites] » (A), « le temps de transport pour aller au boulot c'est 2 minutes quoi, tu passes pas une demi-heure dans les bouchons tous les jours » (P). L'un des médecins (I) goûtait même au plaisir d'« aller avec son propre bateau faire ses consultations sur l'île voisine ».

4.1.9. Travail en réseau

Les médecins travaillant en groupe relevaient les avantages de ce mode de fonctionnement, « c'est un réseau très coordonné » (E), « on a une équipe avec une pyramide des âges qui est répartie et ça c'est vachement intéressant » (J). Un des médecins travaillant seul (P) décrivait tout de même un travail en réseau, « au niveau des autres professionnels de santé, médicaux/paramédicaux [...], tout le monde se connaît, on travaille vraiment en équipe » (P).

4.2. Isolement

Si quelques médecins ressentaient véritablement l'isolement, « on est quand même un peu isolé » (B), « on est dépendant des horaires de bateau pour beaucoup de choses » (I), la plupart au contraire le relativisait, « je l'ai pas du tout ce sentiment d'isolement » (H), « le lien avec le continent est constant » (A), « y'a le bateau à prendre mais finalement le bateau [...] faut le voir comme un bus » (F), « [c'est] pas tellement plus compliqué qu'ailleurs, même parfois plus simple [rire], t'es parfois p't'être moins isolé ici qu'à Briec de l'Odet ou à Pontivy » (G).

4.3. Gestion de l'urgence

Partie intégrante de leur activité, tous les participants décrivaient la gestion des urgences en coopération avec le SAMU, « je fais le 15 et puis je discute avec le médecin régulateur et puis on décide de ce qui est à faire » (B), « ils envoient les moyens appropriés ou disponibles » (A), l'hélicoptère en général « quand l'urgence est quand même importante » (A), le bateau SNSM, « quand l'hélico n'est pas disponible ou pour les urgences psychiatriques » (L), mais également les vedettes régulières, pour « un simple malade qui peut marcher sur ses deux jambes et s'asseoir » (I) ou « l'avion » (P) pour une des îles.

4.4. Types d'activité

4.4.1. Urgences

La totalité des participants évoquait la gestion des urgences dans leur pratique quotidienne, « c'est le côté un peu technique avec les hameçons, les sutures, les plâtres, les radios, les échos » (L).

4.4.2. Autres types d'activité

Selon les îles, les médecins notaient d'autres spécificités d'exercice, en l'absence de paramédicaux notamment, « on assure les soins infirmiers » (A), en l'absence d'HAD, « on fait des soins palliatifs » (E). Puis comme tout médecin du continent, des spécialités existaient, « on va avoir chacun un peu plus notre casquette et notre profil » (N), « j'ai en plus de l'addicto » (E), « [des] orientations, [...] en micro-nutrition, en cancer, en maladie auto-immune » (C), voire d'autres responsabilités, « j'ai une journée au Conseil de l'Ordre aussi tous les mois » (L).

4.4.3. Activité hospitalière

Sur les deux plus grandes îles, les praticiens partageaient leur temps de travail entre leur cabinet et l'hôpital local, « on retrouve un peu la médecine qu'on connaissait en étant interne, la médecine hospitalière » (N), « avec des patients poly-pathologiques, avec des problèmes assez compliqués, où il faut des examens complémentaires, faut les adresser sur le continent, avoir des avis spécialisés » (L).

4.4.4. Caractéristiques de la patientèle

Une minorité de praticiens ne reconnaissait pas de spécificités à la patientèle insulaire, « [une] patientèle banale quoi, de médecine rurale » (D), « les patients [...] sont les mêmes que sur le continent » (I). Pour les autres médecins, le premier constat était la grande diversité de la patientèle, « très mixte, très hétérogène » (D), présentant des « pathologies vraiment très diversifiées » (D).

4.4.4.1. Caractéristiques socio-démographiques

Si sur les petites îles, les médecins décrivaient une patientèle « assez âgée » (A), « beaucoup de retraités » (C), « une grande proportion de gériatrie » (I), sur les plus peuplées, ils appréciaient qu'il y ait « toutes les tranches d'âge » (D). Les résidents permanents étaient souvent présentés comme « des gens [...] hyper attachants » (J), « sympas » (M), « adorables » (O), « une population [...] très accueillante » (K), réunissant à la fois des « des gens [...] simples » (J), « modérément ou pas très qualifiés » (J), voire des « patients en difficulté sociale, de[s] gens en rupture » (K), et des personnes « un petit peu privilégié[s] » (A). Quelques médecins les trouvaient « exigeants, [...] jamais contents » (M), qui ne « supportent pas d'attendre » (C), ou à l'inverse « très pudiques » (O), « disciplinés et

demandeurs » (O), « compliant[s] dans les soins » (Q). La patientèle de résidents secondaires était décrite comme « de[s] gens assez aisés », « un peu spéciaux » (A), « pas forcément malades mais parfois assez névrosés » (H), « avec des exigences un petit peu déroutantes » (H). Enfin était décrite également une patientèle touristique, n'ayant « pas du tout le même rapport aux soins, le même rapport aux médecins » (E).

4.4.4.2. Relation médecin-patient

C'est d'abord la relation de proximité que les médecins appréciaient, « il se crée des amitiés très fortes » (B), « on a une véritable relation de proximité avec nos patients » (J), « on est sur un petit environnement, où on connaît tout le monde » (J), avec parfois quelques revers, « il faut les mater à longueur de temps » (C), « [ils] sont très très [...] dépendants du médecin, [...], ont toujours été paternalisés » (H). Les interrogés décrivaient également une relation franche, « les choses elles sont claires » (E), « y'a une discussion [...] qui est plus ouverte » (J), « les choses sont dites donc on sait où on va, [...] c'est plutôt agréable, de pas tourner autour du pot » (Q). Par ailleurs, la majorité des participants avait le sentiment d'être face à une population plus reconnaissante, « des gens [...] qui te font confiance » (J), qui donnent un « retour au quintuple » (O), pour qui « le médecin [...] c'est pas du consommable » (O).

4.5. Aides à la prise en charge

4.5.1. SAMU/pompiers

Concernant les différentes aides accessibles aux médecins, ces derniers citaient à l'unanimité le SAMU et les pompiers de l'île, décrivant « un beau partenariat » (L), « quand on a urgence on sait pas, on peut aussi décrocher notre téléphone et demander un avis » (E), « on a le soutien d'une part logistique, mais aussi pédagogique du SAMU et surtout des pompiers » (H).

4.5.2. Hôpitaux de référence

Au 2^{ème} plan, les médecins évoquaient les hôpitaux et cliniques de secteur, « on appelle facilement les pôles de référence, [...] les médecins sont disponibles » (D), « on a des correspondants réguliers sur le centre de référence » (L), « c'est facile d'avoir et un avis rapide et une consultation rapide » (G).

4.5.3. Médecins spécialistes

Tous les interrogés parlaient également de leurs contacts privilégiés avec des médecins spécialistes, que ce soit sur le continent, « on a notre réseau de correspondants directs qu'on appelle assez facilement » (D), « dès qu'on dit qu'on est sur une île voilà ils sont un peu plus compréhensifs, ils

essayent de t'aider le plus possible » (P), mais aussi les spécialistes venant en consultations avancées, « on a tendance à plus les appeler parce que y'a un lien plus facile » (N). Pour les plus récemment installés, il leur arrivait de se faire aider de leurs anciens correspondants, « ça m'arrive aussi de faire appel encore [...] à mes contacts parisiens » (O). Les participants citaient également les paramédicaux, « avec les infirmiers, les kinés, [...] les pharmaciens, [...] ça fonctionne bien aussi » (G), et pour ceux qui sont en groupe, leurs collègues, « parce qu'ils ont tous des compétences différentes, et des anciennetés d'exercice différentes » (J), et les secrétaires, considérées comme « un super atout » (G), « un poste indispensable » (I). Etaient cités en dernier lieu par certains médecins les réseaux du continent, « le réseau santé diabète » (E), « l'équipe mobile de soins palliatifs » (E) entre autres.

4.6. Situation financière

Presque à l'unanimité, les médecins déclaraient leur situation financière comme viable grâce aux indemnités d'astreinte, « on a encore les astreintes complètes avec les nuits profondes bon c'est un élément financier supplémentaire » (A), « ça permet [...] de pouvoir être viable sur le plan financier, [...] tout en ayant une activité quand même moindre » (O), « on a [sur l'île] un chiffre moyen bas de généraliste, qui est assuré quasi à 50% par les indemnités d'astreintes » (P).

5. Difficultés

5.1. Isolement

Du fait de l'isolement, quelques interrogés s'accordaient à dire que « par moment c'est plus difficile » (B), « plus exigeant » (N), voire « très très astreignant » (C).

5.1.1. Disponibilité

5.1.1.1. Présence constante

La 1^{ère} difficulté que les participants relevaient était la nécessité d'une présence constante, « faut être là à longueur de temps » (C), altérant la qualité de vie, « j'aime bien le bateau le kayak, je suis jamais allé sur l'eau ici, parce que si on m'appelle dans ma tête faut que je sois dispo » (P).

5.1.1.2. Astreintes

Les interrogés revenaient largement sur l'astreinte, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les médecins travaillant seuls, fatigantes et astreignantes, « l'été, [...] c'est au moins un appel tous les deux jours de

nuit, parfois plus » (C), « même si l'hiver on est moins dérangé, t'as quand même le fil à la patte » (G), « j'ai toujours ça dans un coin de la tête vu qu'on a toujours le téléphone en poche », concluant que « ça entache pas mal la qualité de vie au final, [c'est] le plus difficile pour les médecins » (P).

5.1.2. Responsabilité

Quelques médecins mettaient l'accent sur l'importance de la responsabilité médicale, « vous ne pouvez pas déléguer et vous n'avez pas un renfort immédiat donc il faut gérer » (A), et le stress qui en découle « tout peut nous tomber dessus à n'importe quelle heure » (F), « quand en plein hiver c'est arrivé y'a pas de bateau pas d'hélico, [...] ben tu te démerdes, tu temporises » (F). Deux médecins s'interrogeaient, « sur le plan légal jusqu'où va notre responsabilité en tant que généraliste » (F), « les gens qui veulent pas se soigner, [...] qui veulent pas aller à l'hôpital, [...] où commence la non-assistance à personne en danger, voilà le problème » (B).

5.1.3. Autonomie

La nécessaire autonomie était également soulignée par les médecins, « quand on est de garde on est un peu tout seul » (N), « les patients quand ils ont un quelconque problème de santé que ce soit bénin ou grave, on est le seul recours » (H), la plus grande difficulté étant « d'arriver à faire la part des choses chez certains patients, [...] savoir quand évacuer, [...] on est obligé de prendre certaines responsabilités, soit de traitement, soit d'orientation » (O), aboutissant à « des moments de solitude » (B).

5.1.4. Seul(s) médecin(s)

Autre difficulté que les praticiens relevaient, « c'est de potentiellement soigner tout le monde donc y compris tes propres secrétaires, [...] tes parents quand ils sont en vacances sur l'île, [...] tes enfants [...] ton conjoint, tes amis » (F), les patients « ont pas le choix » (H).

5.1.5. Accès aux spécialistes

Les interrogés notaient une difficulté supplémentaire liée à l'isolement, celle de l'accès aux spécialistes, « c'est un peu compliqué pour le patient » (P), et aux plateaux techniques, « on n'a pas de biologie sûre, [...] les kaliémies [...] les glycémies [sont] difficilement interprétables » (Q).

5.2. Milieu fermé

5.2.1. Statut de médecin

Une partie de l'échantillon semblait souffrir du statut de médecin permanent, « on est content de sortir de l'île pour pouvoir juste échapper à cette étiquette et à ce rôle social qui est parfois un peu trop prenant » (E), « exactement comme la médecine embarquée sur les bateaux, on fait partie de l'équipage, on fait partie de la population et [...] on est toujours vu comme le médecin » (H).

5.2.2. Relation médecin-patient

Les médecins notaient également des conséquences du milieu fermé sur la relation avec leurs patients, « on vit au milieu de nos patients donc c'est pas toujours évident » (P), « tout ce qui se dit prend une résonance » (A), « t'as toujours des reproches qui remontent », « comme on est dans un microcosme, [...] ça peut être très violent, [...] t'es moins protégé que dans un endroit où t'as [...] un certain anonymat » (M).

5.3. Organisation

5.3.1. Effectif

Les médecins travaillant en centre de santé craignaient de se retrouver de nouveau en sous-effectif, « on a vraiment souffert de pénurie, [...] qui dit pénurie dit épuisement chronique dit conflits entre nous dit, pétage de plomb » (E), « en sous-effectif [...] on se retrouve un peu le nez dans le guidon et chacun fait comme il peut » (D).

5.3.2. Travail en groupe

Quelques participants regrettaient un manque de cohésion au sein de la communauté médicale, « l'approche en équipe n'est pas forcément évidente pour chaque médecin [...] on est un peu formatés à travailler seul » (D), « j'ai fait mon trou toute seule, ce que je trouve dommageable » (F), « on n'a pas tous la même façon de voir la médecine insulaire » (J). Sur une île, on évoquait même des conflits, des « petites histoires un peu de clocher avec un médecin installé [...] avec qui ça fonctionne pas forcément très bien du coup ça contribue à un petit malaise » (G).

5.3.3. Hôpital

Ceux ayant une activité hospitalière regrettaient quelques dysfonctionnements dans l'organisation, « y'a pleins de choses qui sont pas claires » (F), « souvent on prend le service et on n'a pas la transmission » (K), « nos comptes rendus n'en sont pas, y'a pas de conclusions, y'a pas de diagnostics

portés, et ça c'est notre faiblesse » (J), mais également pour l'un des médecins, des problèmes dans la gestion, « j'ai un peu l'impression qu'on est dirigés par des cons, [...] du staff qui est très technocratique et [...] qui est très déconnecté des réalités de soins » (J).

5.3.4. Remplacements

Si quelques médecins admettaient que « l'été [...] ça attire » (G), il y a cependant « des mois où c'est plus difficile de trouver des remplaçants » (B), notamment du fait de l'astreinte, « y'en a qui se font plein d'idées » (G), et parce que sur certaines îles, il n'y a pas « de local pour les remplaçants » (C).

5.3.5. Temps libre

La majorité des interrogés estimaient n'avoir pas suffisamment de temps libre, notamment pour les vacances et les loisirs, « prendre du temps pour soi c'est un peu compliqué » (H), « j'ai jamais [...] de soupape » (N), « c'est le point noir » (O). De même pour la formation continue, « c'est compliqué à organiser quand on est insulaire parce que [...] tu peux pas partir le matin et revenir le soir tard, t'es coincé par les bateaux » (J), « si c'est ta semaine de garde faut t'arranger avec tes collègues, [...] faut trouver un remplaçant » (G), certains se contentant donc de formations « à distance, [...] avec le CHEM, avec les e-formations » (H), d'autres allant en formation sans être remplacé, « je garde mon téléphone même pendant les congrès, [...] je fais de la régulation » (C).

5.3.6. Gestion des urgences

Une partie des médecins relevait également des difficultés dans la gestion des urgences et des évacuations, « les îliens peuvent être très proches du centre d'urgence quand l'hélicoptère est disponible, en même temps il peut être très loin quand c'est pas dispo » (P), concernant les canots de la SNSM, « c'est une ambulance flottante mais qui est non médicalisée où y'a très peu de secouristes » (H), et les vedettes régulières, « c'est un peu délicat, [...] c'est comme si on demandait aux gens sur le continent de prendre le bus, [...] la confidentialité est un peu limitée » (A).

5.3.7. Gestion de la propharmacie

Les trois médecins concernés estimaient la gestion de la propharmacie très chronophage, « c'est quand même beaucoup de travail » (A), « ça justifie pleinement l'emploi d'une secrétaire à mi-temps » (I).

5.3.8. Gestion financière

Si la grande majorité des interrogés jugeaient leur situation financière « tout à fait correcte » (B), une part non négligeable des médecins estimait « la rémunération [non] proportionnée au temps passé »

(G), voire insuffisante, « on est confrontés [...] à des difficultés financières, [...], on se rend compte que, pour que ça soit viable il faut faire des actes et les multiplier » (H), « de temps en temps on tire la langue » (C). L'un des médecins (I) déclarait être déficitaire pour son activité de propharmacien, « je suis de ma poche en 2015 de 6000 € ».

5.3.9. Soutiens

Certains praticiens regrettaient un manque de soutien des autorités, « on se sent pas forcément accueilli par la commune », « on veut bien travailler dans les îles, mais [...] on nous donne pas localement les moyens de le faire » (H), « l'ARS [...] nous a interdit beaucoup de choses et je l'estime en grande partie responsable de cette dégradation de la santé sur les îles » (I), « le SSIAD est payé au lance-pierre » (I), « dès qu'il faut investir dans du nouveau matériel c'est plus compliqué, [...] je savais pas à qui m'adresser, ben j'ai fini par [...] investir » (Q).

6. Qualité de vie

Tous les médecins s'accordaient à dire que l'environnement insulaire « est très agréable » (C), donnant « une qualité de vie extraordinaire » (K, N), différente de ce qu'ils avaient connu sur le continent, « venant de Paris c'est une autre vie » (F), et ce également « au niveau des rapports humains » (O).

6.1. Environnement

L'environnement était cité en premier lieu comme critère garant d'une bonne qualité de vie, considéré comme « exceptionnel » (A), « magnifique » (K), « préservé » (H), avec un atout majeur, « être entouré d'eau » (H). Les interrogés décrivaient une « ambiance particulière » (D), « un autre rythme, [...] moins de stress ambiant qu'à Paris » (F), « loin de la société de consommation » (N), « loin de tous les événements dans le monde » (K). Le cadre de vie était notamment apprécié pour les enfants, « c'est une vie au grand air » (F), « ils s'amuse avec pas grand-chose » (N). Quelques médecins relevaient l'avantage d'évoluer sur un territoire restreint, « les distances forcément elles sont courtes, [...] tout est concentré » (E), « je pourrais jamais revenir en ville, me dire que je vais faire ¾ d'heure de bouchons » (J), « on passe, en tout et pour tout cinq minutes dans la voiture par jour » (L).

6.2. Mode de vie

6.2.1. Habitat

Les médecins appréciaient leur habitat sur l'île, « on a la chance d'avoir une grande maison, [...] une chambre pour chaque enfant, un grand jardin qui leur permet de s'amuser » (M).

6.2.2. Vie en communauté

Tous les participants prenaient goût à « la vie assez simple de village » (I), avec des relations privilégiées, « beaucoup de facilités de contact » (D), « un tissu social assez soudé » (G), « des gens de tout horizon, [de] tous les niveaux sociaux mais [avec lesquels] on se mélange » (M). Beaucoup de médecins relevaient une certaine solidarité, « dans les moments difficiles tu sens vite que y'a du monde autour » (G), « on retrouve une société solidaire, [...] avec respect des uns des autres, [...] avec des valeurs », « on rend service ils nous rendent service » (O). Certains interrogés appréciaient « le statut de médecin un peu à l'ancienne, [...] quelqu'un de respecté comme dans le temps » (I), cependant comme évoqué plus haut, d'autres y voyait un inconvénient « on est toujours vu comme le médecin, on a une espèce d'étiquette qui nous colle à la peau » (H).

6.2.3. Milieu fermé

Si certains avaient effacé la crainte de vivre dans un milieu fermé, « en venant ici j'avais l'impression que j'aurais pu me sentir enfermé [...], en fait non, pas du tout » (B), la plupart le ressentait à plusieurs égards, « c'est moins facile de faire son trou, [...] c'est pas évident de se faire des potes » (F), « les choses sont très exacerbées, [les] histoires à l'école, [...] entre médecins, [...] entre voisins [...] prennent vite de l'ampleur » (G), « ces conflits même si on veut ne pas en faire partie, ils finissent toujours par nous rattraper » (H), « on a tous tendance à être paranoïaque ici à force de monde clos » (I), « dans un microcosme, y'a des choses très, très dures et très violentes qui peuvent ressortir, parce que la nature humaine est pas forcément très douce » (M). Autre inconvénient que ressentait les médecins, la promiscuité, « tout le monde sait tout sur tout le monde » (B), « le petit côté anonyme peut manquer, d'aller se foutre sur une terrasse de café et buller sans qu'on t'interpelle » (G), même si quelques-uns relativisaient, « j'avais peur d'évoluer dans un monde où je connaissais tout le monde, et d'être du coup en permanence assailli de questions quand je faisais mes courses mon marché, [...] [mais] finalement y'a un grand respect de ça » (N). Pour autant, beaucoup regrettaient les commérages, « tu es tout le temps observé » (J), « j'ai appris mais difficilement à négliger les mauvais esprits, les ragots » (I), « on voit [ça] dans tous les petits villages, ceci dit renforcé par l'insularité » (I).

6.2.4. Loisirs

Certains interrogés appréciaient les activités de loisirs proposés sur l'île, « y'a une vie associative qui est très riche » (E), « on peut faire de la voile, de la course à pied, de la marche dans l'eau [...] » (L), « d'un point de vue culturel on arrive quand même à s'en sortir parce que y'a pas mal [...] d'activités » (H). D'autres au contraire trouvaient l'offre trop limitée, « des activités [...] y'en a un peu mais c'est un peu » (P), « y'a pas grand-chose à faire [...] c'est sûr, l'hiver c'est particulier » (F).

6.2.5. Vie familiale

A l'unanimité, la vie insulaire était considérée comme privilégiée pour les enfants, « ils ont une école avec vue sur la mer » (J), « c'est une grande cour de récréation, pour les enfants c'est magique » (A), « l'heure de décompression avant les devoirs c'est d'aller piquer une tête dans l'eau, la vie est belle » (G). Cependant, il était reconnu par plusieurs médecins parents la nécessité que les enfants quittent l'île à partir d'un certain âge, « les enfants à partir du collège commencent, [...] à ressentir le besoin d'aller voir ailleurs » (H), considérant l'île comme un environnement « trop protecteur », « c'est comme un cocon et ça finit par être une faiblesse pour les enfants » (H). L'un des médecins relativisait pour autant, « ils sont contents [...] de quitter l'île, et contents de la retrouver le week-end » (G). La vie insulaire n'était par contre pas toujours bien vécue par le/la conjoint[e], « c'est pas toujours facile de tenir » (B), « mon épouse s'est beaucoup ennuyée cet hiver, terriblement, ça a été un gros gros problème, parce qu'elle travaillait pas » (K), certains ayant fait le choix de venir seul sur l'île, « venir en famille ici ça aurait pas été possible, [...] professionnellement pour mon épouse » (D).

6.2.6. Coût de la vie

Tous les médecins soulignaient le fait que la vie insulaire coûte cher, « l'immobilier est très cher » (A), « le coût de la vie [...] est quand même assez élevé » (P).

6.3. Isolement

Les interrogés s'accordaient à dire que l'isolement géographique pouvait entacher la qualité de vie, « pour aller ailleurs ça prend plus de temps » (E), « on est dépendant des horaires de bateau pour beaucoup de choses » (I), « pour passer la voiture c'est compliqué, [...] si on veut partir au dernier moment et ben c'est pas possible » (K). La majorité avait tout de même tendance à le relativiser, « j'ai pas l'impression de vivre sur une île, j'ai pas du tout cette sensation-là » (N), « on peut s'échapper assez facilement sur le continent » (F), « paradoxalement je me sens moins isolée ici que quand on vivait en campagne » (G). L'isolement compliquait également les relations sociales, « les contraintes des horaires et des tarifs des bateaux compliquent la venue de la famille » (H), quoi que certains le

relativisaient aussi, « on voit probablement plus nos amis en étant ici parce qu'ils viennent plus nous voir » (J). Les praticiens soulignaient également la notion de saisonnalité, « y'a 2 mois janvier février, c'est pas les mois les plus drôles, tout est fermé, y'a personne, il fait nuit à six heures, en plus il fait pas beau » (F), « l'île l'hiver c'est triste quand même, [...] surtout quand le bateau ne passe pas oui on se sent un peu isolé quand même » (K).

7. Perceptions de l'avenir

7.1. Points positifs

7.1.1. Conditions de travail actuelles

Certains médecins considéraient les conditions de travail actuelles comme satisfaisantes, « ça peut continuer comme ça je pense » (B), grâce à la dynamique instaurée, « je pense que c'est assez séduisant pour de jeunes médecins » (K), surtout pour ceux travaillant à plusieurs, « y'a un beau projet à travailler en coordination avec les infirmiers, les kinés » (G), notamment au sein d'un centre de santé, « ça va permettre probablement d'avoir des médecins qui s'installent mais qui restent » (D). Quelques médecins considéraient même la manière de travailler comme un projet précurseur, « j'espère que cette façon de travailler pourrait se reproduire dans d'autres endroits et pas que sur des îles » (N). L'un des médecins (L) résumait « ce qui fait qu'on est attractif aujourd'hui c'est le groupe, c'est le travail collectif, c'est le partage d'informations, c'est l'exercice diversifié, c'est mélanger l'urgence et [...] le suivi de maladies chroniques, c'est l'exercice mixte salarié/libéral, c'est la maîtrise des horaires, c'est la possibilité de se former, c'est être universitaire, la possibilité de prendre des vacances ».

7.1.2. Nouveaux projets

Beaucoup de participants saluaient l'arrivée de la télémédecine, « y'a un projet de télémédecine avec [...] la maison de retraite mais je pense que ça serait bien de l'étendre pour tous les patients de l'île » (P), d'autant plus sur les îles sans médecin à demeure, « ça pourrait permettre, [...] d'éviter de nombreux transports, [...] j pense que ça peut permettre de mieux soigner les [îliens] en l'absence de médecin » (Q). Etaient salués également un projet de nouvel hôpital sur Belle-Ile, « on aura un outil de travail quand même assez extraordinaire » (M), et une « éventuelle association l'an prochain » pour l'un des médecins (I).

7.1.3. Soutiens

Un seul médecin (D) semblait considérer bénéficier d'un soutien suffisant, « les institutions, les financeurs [...] suivent assez facilement, [...] comprennent assez facilement, [...] donc on arrive finalement à faire un peu ce qu'on veut et à obtenir ce qu'on veut [...] entre guillemets ».

7.1.4. Internes

Les médecins maitres de stage estimaient primordial de continuer à recevoir des internes pour « faire connaître cet exercice à d'autres » (G), et pour l'attractivité du lieu d'exercice, « ça rassure les médecins, [...] ils se disent [...] y'a des internes ça doit être dynamique » (N).

7.1.5. Conditions de vie

Les interrogés considéraient le cadre de vie comme attrayant également, « on reste plus attractifs que dans les déserts médicaux en pleine campagne [...] pour la qualité de vie » (E), « y'a des gens intéressants, y'a des possibilités de rencontre, de contacts qui sont intéressants » (B).

7.2. Craintes

7.2.1. Absence de successeur

Les médecins des petites îles craignaient l'absence de successeur, « je pense que ça risque d'être difficile, [...] il faut retrouver quelqu'un qui soit d'accord de venir [...] et d'exercer dans ces conditions-là, [...] quelqu'un qui accepte l'isolement » (A), « je pense pas qu'un médecin prendra la suite dans la façon dont je travaille » (C), « est-ce que moi j'aurai, quand j'aurai l'âge, repreneur, je suis pas sûre » (O). Et ceux des plus grandes îles appréhendaient un sous-effectif, « on n'est pas à l'abri de défections » (D), « notre système il est quand même assez fragile » (N).

7.2.2. Harmonie de groupe

Une petite partie des médecins redoutaient qu'un défaut d'harmonie au sein du groupe en pâtisse sur les conditions de travail, « ce qui est compliqué c'est de faire avec [...] des gens qui sont là depuis toujours, et qui ne veulent surtout pas que les choses changent » (G), « si on recommence à s'isoler les uns les autres, c'est une catastrophe pour [...] tout le monde, pour l'île et pour les médecins » (J).

7.2.3. Manque de soutiens

Une petite partie des médecins craignaient un manque de soutien des autorités à l'avenir, « on bénéficiait du statut de zone prioritaire d'installation [...] le problème c'est que comme on va être nombreux ben tous ces avantages vont disparaître » (L), « on peut ne plus avoir d'appartement l'année

prochaine pour accueillir les internes, les remplaçants » (L), « le jour où, politiquement, ils diront ben [...] financièrement [...] on peut plus vous suivre sur quoi que ce soit et démerdez vous » (D).

7.2.4. Conditions de vie

Quelques participants redoutaient une altération de la qualité de vie sur les îles, « a priori le collègue va fermer, dans un ou deux an(s) » (B), « l'avenir des îles est pas rose [...], à part le tourisme y'a de moins en moins de choses qui s'y font et c'est pas le tourisme qui fait vivre une île à l'année » (P).

7.3. *Projet personnel*

7.3.1. Durée

Si certains avaient pour objectif de rester jusqu'à la retraite, « je me projette très bien jusqu'au bout ici » (D), ou « à long terme » (P), d'autres s'étaient fixé une échéance, « dans 3-4 ans il va falloir qu'on habite sur le continent » (L). Pour la majorité des médecins cependant, il n'y avait pas d'échéance définie, « je suis incapable de faire un plan quelconque » (E), « c'est un contrat à durée indéterminée » (N), « tant que ça me plaît, ça se passera là » (G). Pour certains, la limite envisagée était plutôt physique, « j'arrêterai quand physiquement j'aurai du mal » (C), « quand j'en aurai marre de faire des gardes » (E). L'un des médecins (M) avançait des priorités personnelles, « si je vois que mes enfants sont pas biens, et qu'ils ont besoin de moi, peut-être que j'irai travailler différemment ».

7.3.2. Organisation des soins

Pour certains médecins, d'autres projets étaient évoqués, « créer un corps de santé des îles du Ponant » (H), organiser la formation continue (K), « participer à l'élaboration [...] du nouvel hôpital, en construction » (L), « développer [...] la télémédecine » (A).

7.3.3. Formation

Presque la totalité des médecins envisageaient des projets de formation très variés, de « l'échographie » (A), à « médecin coordonnateur d'EHPAD » (D), en passant par « un DU de cardiologie gériatrique » ou encore « monter progressivement les échelons des pompiers » (L).

7.3.4. Autres projets

Certains participants avaient pour objectif futur de pratiquer ailleurs, « dans d'autres îles » (H), ou « sur le continent » (C), « j'ai pas peur de rebondir ailleurs » (I). D'autres envisageaient d'exercer autrement, « faire de l'addictologie » (E), « repartir sur le terrain [...] en humanitaire » (F), « consacrer un mi-temps à la médecine [...] et un autre temps à autre chose » (H), voire faire autre chose, « monter

progressivement les échelons [...] avec l'ARS » ou « de la conciliation [au] Conseil de l'Ordre » (L). L'un des médecins (B) enfin s'impatientait de pouvoir profiter de sa retraite prochaine, « partag[ée] entre l'île et le continent », entre « bricolage » et « un peu de pêche » !

8. Suggestions pour l'avenir

8.1. Conditions de travail

8.1.1. Organisation

8.1.1.1. Roulement/temps partiel

Quelques praticiens proposaient un roulement, « l'option [...] temps partiel, [...] avoir finalement deux vies entre guillemets » (D), « que les médecins viennent faire des vacances » (H), « une mutualisation des médecins, des médecins un peu volants entre guillemets, qui iraient d'une île à l'autre faire des vacances à la demi-journée » (I).

8.1.1.2. Salariat

Un médecin (P) pensait à la possibilité d'un salariat, « une maison médicale ou qui se monte en assoc et qui salarie ses employés », ou « être contractuels de l'hôpital [...] et qu'on vienne ici faire un peu des vacances ».

8.1.1.3. Recrutement

Certains participants espéraient « un effectif médical plus conséquent » (D), « être plusieurs, [...] pour justement pouvoir tourner sur des vacances et des formations, [...] pour que les gardes soient moins lourdes » (G), « il nous faudrait un PH en médecine » (L).

8.1.1.4. Equipe pluri-professionnelle

Des interrogés misaient sur « un centre de santé » (D), « un regroupement de professionnels, médecins mais aussi infirmiers et kinés, [...] une entité visible de pôle de santé [...] plus attractive » (G), « où on soit tous ensemble » (P).

8.1.1.5. Pool de remplaçants

Un praticien émettait l'idée d'« un espèce de vivier de remplaçants » (B).

8.1.2. Moyens diagnostiques et thérapeutiques

8.1.2.1. Consultations avancées

Sur les îles n'en bénéficiant pas encore, certains médecins suggéraient l'instauration de consultations avancées de spécialistes, « organiser de temps en temps ne serait-ce qu'un truc de dépistage pour l'ophtalmo [...] qui permettrait déjà de débroussailler » (B).

8.1.2.2. Plateau technique

D'autres participants conseillaient le développement du plateau technique, « avoir un appareil de tropo, [...] un petit labo » (N), « plus de moyens [...] au niveau thérapeutique ou diagnostic, [...] de la radiologie, [...] des examens simples de biologie » (P), « une salle d'urgence de court séjour » (P).

8.1.2.3. Télémédecine

Plusieurs interrogés évoquaient l'avenir de la télémédecine, « pour des territoires isolés comme les îles [...] c'est évident qu'il y a des bénéfiques, que ce soit pour gérer l'urgence mais aussi [...] pour le suivi de maladies chroniques ou des actes comme la radiologie, [...] la dermato, la cardio, [...] la psychiatrie » (P).

8.2. Aides

8.2.1. Financières

La plupart des médecins suggéraient la majoration des aides financières, « qu'éventuellement il y ait des aides particulières pour les îles » (G), « augmenter les indemnités d'astreinte pour [...] inciter un médecin à rester [...] malgré la faible activité » (I), « faut qu'il y ait un revenu minimum d'assuré [...] que ce soit, soit par un salariat, soit par un système d'astreinte » (Q).

8.2.2. Matérielles

Deux participants espéraient une solution pour « régler le problème du logement » (P).

8.2.3. Formations

Un médecin (D) proposait la mise en place de formations régulières, « c'est indispensable à mon sens pour que les médecins se sentent à l'aise dans leurs baskets » (D).

8.3. Association des médecins des îles du Ponant

A l'évocation d'une éventuelle création d'association des médecins des îles du Ponant, presque tous les médecins s'accordaient à y trouver plusieurs intérêts. En premier lieu les participants espéraient ainsi « se connaître les uns les autres » (N). Les interrogés misaient également sur des échanges, un partage d'expériences, « que ce soit sur le terrain, sur l'aspect pratique, sur l'aspect organisationnel, [...] sur des données de santé publique » (D), « pouvoir s'enrichir de l'expérience des autres et faire évoluer l'offre de soins dans son propre secteur » (A), « [des] échanges de protocoles de soins ou de prises en charge thérapeutiques » (O), voire « faire un groupe de pairs, les médecins des îles du Ponant, en télémédecine » (N). Deux médecins proposaient que l'association serve à « s'auto-aider, [...] s'auto-replacer » (L) « en cas de galère, maladie, accident » (I). D'autres participants donnaient à réfléchir sur la formation continue des médecins îliens, proposant de définir « les compétences nécessaires à cette activité (D) », voire organiser une « formation peut-être propre aux médecins des îles » (N). Pour la majorité des interrogés, l'association était vue comme une opportunité de peser davantage auprès des autorités, « c'est porter des projets communs face aux financeurs, [...] être encore plus de poids » (D), « être une entité reconnue auprès des autorités sanitaires » (G), « fédérer [...] pour une reconnaissance, une spécificité [...] de l'exercice de la médecine insulaire » (H), « qu'on soit reconnu au niveau de l'ARS ou [...] des différentes tutelles » (L), dans l'idée d'« obtenir peut-être des aménagements de rémunération, de salaire, de temps de travail, d'organisation, de matériel » (P). Enfin, était évoqué l'intérêt d'une telle association en terme de santé publique, « on a une clientèle qui est captive, ça veut dire que, n'importe quelle chose qu'on voudrait mesurer on pourrait le faire ici » (J).

IV. DISCUSSION

1. Etude

Une méthode qualitative semblait appropriée pour dégager des pistes d'explication par rapport à une méthode quantitative qui aurait restreint les champs d'exploration. La réalisation d'entretiens individuels a permis aux enquêtés de se livrer plus facilement qu'en groupe. Une seule et même enquêtrice a réalisé les entretiens, ce qui a réduit l'effort d'instrumentation. La durée moyenne des entretiens était satisfaisante, elle était conforme à ce qui avait été indiqué au préalable aux participants. Tous les entretiens ont été réalisés sur une période de 8 semaines, réduisant ainsi le biais de maturation, l'analyse n'ayant pas débuté avant la réalisation du dernier entretien. La décision d'inclure un médecin remplaçant dans l'étude s'expliquait par le fait qu'il représentait un médecin de demain, avec un projet d'exercice îlien, et le souhait de l'enquêtrice de voir le fonctionnement sur l'île en question suite au refus du médecin titulaire.

L'étude présente toutefois quelques limites qu'il convient de souligner. Elle peut manquer de reproductibilité car l'enquêtrice n'avait jamais réalisé de travail qualitatif auparavant, sa technique et son aisance lors des entretiens se sont améliorés au fur et à mesure. L'inexpérience de l'auteur sur les techniques d'entretien a pu également influencer l'orientation de l'entretien en fonction des réponses attendues sur le sujet. Les entretiens et le codage ont été réalisés par l'enquêtrice seulement ce qui a pu constituer un biais d'interprétation en raison du manque d'objectivité. L'auteur connaissait au préalable plusieurs personnes interrogées ce qui a pu empêcher certains de s'exprimer complètement. De même l'enregistrement audio a pu perturber certains interrogés. D'autres biais ont été répertoriés : les interruptions par le téléphone ou l'irruption de personnes en cours d'entretien, la technique d'enregistrement qui n'a pas permis d'étudier le comportement non verbal des participants et l'emploi du temps chargé des participants qui a contraint l'enquêtrice à limiter les relances en fin d'entretien. Enfin pour les médecins installés depuis plusieurs années, les questions sur l'installation faisaient appel à des souvenirs difficiles d'accès.

2. Interprétation

2.1. Un profil de médecin insulaire ?

Si l'on étudie les caractéristiques démographiques des médecins insulaires, la répartition homme/femme se rapproche de la moyenne nationale (5), de même que la moyenne d'âge. La région

d'origine ne semble pas influencer non plus l'installation sur une île, seulement 6 sur les 17 participants ont fait leur internat dans la région d'installation et un seul a des origines îliennes. Cela montre surtout que les îles attirent aussi pour leur « exotisme », notamment des citadins souhaitant changer de façon de travailler mais aussi de cadre de vie. En revanche, 7 médecins ont eu une expérience préalable hors des sentiers battus, dans les DOM-TOM, à l'étranger, comme médecin embarqué ou au sein de MSF, ce qui démontre un profil d'ouverture à la médecine non conventionnelle. Par contre une expérience préalable en tant que médecin installé n'est pas un critère nécessaire à l'exercice îlien car on observe qu'il s'agit d'une première installation pour 8 médecins.

On remarque que sur les 9 médecins récemment installés (depuis moins de 3 ans), 7 se sont installés en groupe, et seulement 2 sans associé(s). Cette observation rejoint les études ayant montré la tendance actuelle des médecins à vouloir s'installer en groupe (6–8). Ce constat se vérifie d'autant plus chez les jeunes médecins, parmi les participants de 50 ans ou moins, tous exercent en groupe, contre 1/6 (16%) chez les plus de 50 ans. Cela s'explique par la volonté des jeunes installés de répartir la charge de travail, mais aussi d'éviter la solitude, porte ouverte à la fatigue voire au burnout. Sur les petites îles néanmoins, la demande n'est pas suffisante pour deux médecins permanents, d'où l'idée émise par certains interrogés de mettre en place un roulement. Ce mode de fonctionnement accorderait des périodes de repos aux soignants et permettrait un échange entre confrères sur les éventuelles difficultés. Allant dans ce sens, on remarque que le seul médecin de l'échantillon qui se verrait faire toute sa carrière sur l'île travaille à temps partiel. Au vu des exigences qu'impose l'exercice insulaire, le système de vacances est l'une des solutions envisageables pour pérenniser la médecine de premier recours sur les îles, à condition que cela soit suffisamment rémunéré.

S'il est difficile de caractériser un portrait type de médecin insulaire, ce qui corrobore le travail de Claire Boisbunon réalisé en 2006 (2), on retrouve chez ces praticiens plusieurs points communs. Ce sont des médecins qui partagent un profil de poly-compétences et la singularité de se situer entre médecin de campagne, et son côté un peu paternaliste, et médecine moderne, notamment par l'utilisation de la télémédecine. On note également deux cas de figures :

- d'une part ceux qui se sont installés sur une île passée la cinquantaine (5/16), en 2^{ème} partie de carrière et s'agissant d'une 2^{ème} installation pour la majorité. Des médecins en mal d'exotisme et désireux d'opérer un changement de vie radical, à la fois sur le plan privé et professionnel, considérant leur exercice précédent comme trop routinier et trop soutenu et altérant leur qualité de vie,
- d'autre part, on retrouve les soignants installés sur une île à la quarantaine ou avant (11/16), s'agissant d'une 1^{ère} installation pour la plupart mais ayant connu de multiples

expériences professionnelles avant. De jeunes médecins plutôt attirés par la diversité de l'exercice insulaire et refusant d'emblée un exercice plus « traditionnel ».

Alors que la 1^{ère} catégorie se voit rester sur leur île jusqu'à la retraite, la 2^{ème} avance une échéance qui dépend principalement de priorités personnelles comme la scolarité des enfants. Dans les deux cas cependant, il s'agit d'un « contrat » à durée plus ou moins déterminée, d'une durée de 5 à 10 ans. Car au-delà d'un profil de médecin insulaire se dessine le portrait d'une nouvelle génération de médecins « *plus soucieuse de sa qualité de vie que de se réaliser dans le travail* » (9). C'est ce que Paul Goupil, journaliste, décrit à l'issue de son enquête sur l'avenir de la médecine générale. Les jeunes médecins n'entendent plus travailler autant que les « anciens » « *qui ne comptaient pas leurs heures, souvent assistés par une épouse disponible* ». Aujourd'hui, ils ne souhaitent plus vivre leur métier comme un sacerdoce mais au contraire concilier vie professionnelle et vie familiale.

Partant de ce constat, il faut repenser le mode de recrutement sur les îles, favoriser les contrats courts, éventuellement renouvelables, plutôt que d'essayer de recruter des médecins sur le long terme. C'est un fonctionnement que l'on retrouve sur l'île d'Yeu, principalement pour les renforts en saison touristique, mais également dans les dispensaires des DOM-TOM.

2.2. Une qualité de vie et une médecine attractives

Les médecins évoquent tous « leur » île avec éloquence, un environnement exceptionnel décrit avec autant de superlatifs par de nombreux auteurs. Louis Brigand dépeint notamment « [...] *le bonheur inédit de l'insularité, le plaisir hédoniste de regarder, de « son » île, le littoral continental, et ce sentiment [...] d'être à l'écart du reste du monde* » (10), loin de la société de consommation. La majorité des interrogés apprécie aussi la vie de communauté, également largement décrite dans la littérature « [...] *l'isolement fonde des solidarités. Il rassemble plus qu'il ne sépare. Il donne à ces pionniers la conscience d'appartenir à un monde où chacun peut contribuer à la survie de l'autre* » (10).

Mais au-delà de la richesse environnementale, cette thèse met aussi en lumière les nombreux aspects positifs de la médecine insulaire : un exercice très varié, épanouissant sur le plan intellectuel et une prise en charge plus globale afin d'épargner aux patients les contraintes de transport qu'impose une consultation chez le spécialiste. Grâce à une patientèle restreinte, les soignants îliens apprécient également le temps qu'ils peuvent accorder à chaque consultation, loin des contraintes horaires que les médecins s'imposent généralement sur le continent.

Sur Belle-Ile et sur l'île d'Yeu, c'est aussi toute une réorganisation des soins qui a rendu l'exercice attractif. On remarque que sur les huit installations des trois dernières années, quatre ont eu lieu sur ces deux îles. La moyenne d'âge y est aussi plus faible (43,3 ans contre 47,2 sur l'ensemble

des îles). En 2012, alors que Belle-Ile souffre d'un cruel manque de médecins, l'idée émerge de faire venir des praticiens volontaires du continent pour des vacations de 24 heures ou plus. Cette expérience, étudiée par Catherine Chien Chow Chine (11), a certes été salvatrice en temps de sous-effectif médical, mais n'a pas été retenue comme une solution durable. Le Dr Stéphane Pinard est alors à l'initiative d'un projet de réorganisation des soins pensé avec la communauté de communes, le Conseil Général du Morbihan, l'ARS et le centre hospitalier de Vannes. Cela aboutit en janvier 2013 à la signature d'un contrat local de santé (CLS) qui entend réhabiliter en premier lieu la coordination des soins. Le CLS est un nouvel outil de contractualisation créé par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, permettant à l'ARS de mettre en œuvre le Projet Régional de Santé (PRS) sur des territoires prioritaires (12). Les médecins bellilois s'installent alors au sein de l'hôpital local et bénéficient d'un double statut, libéral et salarié. Le Dr Stéphane Pinard reçoit à ce titre en 2014 le Grand Prix organisation des soins de la revue *Le Généraliste*, considéré comme à l'initiative d'un mode d'exercice innovant. L'organisation des soins sur l'île d'Yeu a également connu une profonde mutation en 2010, en réaction là-aussi à une situation très critique à savoir des médecins épuisés et une offre de soins en péril. Pour répondre aux difficultés, notamment celles du recrutement, un centre de santé est créé, à l'initiative du Dr Philippe Andrieux (13). Un CLS est également signé trois ans plus tard pour concrétiser le projet.

Sur ces deux îles, on note que les projets sont à l'origine des professionnels eux-mêmes et ne reposent pas sur les épaules d'une seule personne mais plutôt d'une équipe pluri-professionnelle, afin de construire ensemble à rendre leur territoire attractif. L'objectif est donc que professionnels de santé, autorités sanitaires et élus réfléchissent en amont à l'avenir de la médecine sur leurs îles. Les CLS, sans être un passage obligé, permettent néanmoins de réunir tous les acteurs de cette réflexion.

Ce que l'on retient également de ces deux projets est que le salariat s'offre comme alternative ou comme complément à l'exercice libéral, notamment pour mieux répondre aux missions de prévention et d'éducation thérapeutique, tâches chronophages et peu prises en compte dans le modèle économique libéral. Car d'une manière générale, les médecins aujourd'hui sont réticents à l'installation en libéral (8,14), qu'ils voient comme une gestion d'entreprise et donc comme une contrainte. On observe ainsi un glissement de la médecine libérale vers un fonctionnement de service public. Les centres de santé fleurissent sur le territoire, on en compte aujourd'hui plus de 1600 (15). Ils peuvent proposer des soins médicaux exclusivement, ou être polyvalents, offrant une large palette d'activités. Ils sont gérés aussi bien par des associations (un tiers), des mutuelles (un tiers) que par d'autres structures (caisses de sécurité sociale, établissements de santé ou communes) (16). Plus qu'ailleurs sûrement, les médecins insulaires se sentent, de par leur spécificité, investis d'une mission de service public. La création de postes salariés sur les îles, sous forme de centres de santé dépendants

des centres hospitaliers de secteur, pourrait être une solution à envisager pour attirer les jeunes médecins.

Une autre solution innovante mériterait réflexion sur les territoires insulaires, un système notamment présent au Canada depuis les années 1990. Devant l'absence de solution venant du public et du privé, des milliers de citoyens canadiens ont décidé de s'engager démocratiquement à la création de coopératives de santé, pour améliorer dans leur milieu le service de soins de premier recours. Portés par les autorités municipales et soutenus par divers partenariats, il s'agit là-encore de projets collectifs, s'adaptant aux besoins des membres de la communauté et ayant le mérite de mobiliser les citoyens en regard de leur santé (17,18).

2.3. Les limites de la vie insulaire

Ce qui fait le charme de l'insularité a aussi de nombreux revers. La vie en huis-clos où tout se sait, où les conflits sont exacerbés et n'épargnent pas le milieu professionnel médical, et l'isolement géographique qui engendre des difficultés de transport compliquant les allées et venues sur le continent, et donc les rapports avec la famille et les amis. Ce que souligne également cette étude est l'importance du lien entre vie professionnelle et vie privée chez les médecins insulaires. Plus qu'ailleurs, le projet d'installation est avant tout décrit comme un projet familial car il implique d'imposer l'insularité à son entourage ou de faire le choix de venir seul sur l'île. Les médecins évoquent ainsi la difficulté pour le/la conjoint[e] de trouver une situation convenable sur l'île. Une étude québécoise (19) et une étude belge (20) corroborent ce constat, les médecins au moment de leur choix d'installation se préoccupent entre autres du bien-être familial. Le manque d'emploi sur les îles est donc aussi un frein à l'installation de médecins.

A la question « Trouvez-vous la pratique de la médecine plus difficile sur une île ? », très peu de médecins répondent « oui ». En revanche tous mettent en avant les contraintes et les exigences de l'exercice insulaire, principalement la grande disponibilité qu'impose la permanence des soins et le milieu fermé qui engendre un statut de « médecin permanent » et modifie la relation aux habitants. Le manque d'un certain anonymat pèse parfois sur les médecins qui ont la sensation de vivre au milieu de leurs patients. Et ils sont peu nombreux à prendre régulièrement des congés, s'imposant bien souvent un engagement moral vis-à-vis de la population, surtout sur les petites îles.

Par ailleurs il est parfois difficile pour les médecins de trouver des remplaçants, d'autant plus l'hiver et d'autant plus sur les petites îles que sur les plus peuplées et donc plus équipées (pharmacie, paramédicaux voire hôpital local). De ce constat, certains interrogés proposent de créer un pool de remplaçants qui seraient des correspondants privilégiés et rapidement disponibles. Cela permettrait

aux médecins de prendre du temps libre pour leurs loisirs mais également pour leur formation continue, indispensable pour ces professionnels îliens.

Car pour ces médecins de premier recours, l'isolement complique la gestion des urgences et implique une plus grande responsabilité. Si la plupart sont « médecins correspondants du SAMU », la formation censée y être associée (2 jours par an) n'est pas suffisante et satisfaisante pour les médecins insulaires. On retrouve des problématiques similaires chez les médecins de montagne, eux aussi exerçant dans des milieux isolés (21). Il convient donc de revoir l'enseignement continu de ces professionnels, éventuellement sous la forme de formations conjointes, adaptées à la singularité de leur pratique.

2.4. Le paradoxe de la vie insulaire

La vie insulaire est donc faite de contradictions qui se retrouvent à plusieurs niveaux :

- un environnement de qualité mais le manque de disponibilité pour en profiter
- une médecine très intéressante mais astreignante et engageant une grande responsabilité
- un salaire correct grâce aux indemnités d'astreintes mais insuffisant au regard de la disponibilité et des responsabilités engagées

En plus des solutions envisageables déjà évoquées, il conviendrait de permettre aux médecins insulaires de partager les responsabilités, surtout pour les médecins exerçant seuls. Cela pourrait s'envisager en partenariat avec le SAMU, grâce à la télé-médecine, permettant à tout moment de solliciter l'avis d'un confrère expérimenté.

Sur le plan financier, la grande majorité considèrent le salaire comme correct, bien qu'inférieur à ce qu'ils pourraient toucher sur le continent. Mais certains pointent du doigt le paiement à l'acte ou le manque de valorisation des astreintes, compte tenu du coût de la vie et de l'activité moindre hors saison touristique. Certes le problème de l'installation des jeunes médecins n'est pas que financier car la décision d'établissement reste avant tout motivée par les conditions d'exercice et la dynamique entreprise sur le terrain. Mais la revalorisation financière du métier pourrait aider au maintien de ces médecins sur les îles.

Une autre idée à poursuivre ou à instaurer pour désamorcer les craintes liées aux exigences du métier insulaire est l'accueil des internes. Une sorte de « compagnonnage » qui permet de faire connaître l'exercice insulaire à de futurs médecins. La maîtrise de stage permet aussi de rendre la pratique attractive pour des praticiens intéressés, rassurés d'y voir un certain dynamisme et l'occasion de pouvoir partager leur expérience.

2.5. Une grande hétérogénéité mais une volonté d'harmonisation

Ce que l'on retient de cette étude est qu'il existe une grande disparité entre les îles. De par la distance qui les sépare du continent, leur densité de population, la fréquence et les modalités de transport, elles présentent toutes leurs particularismes. Il existe ainsi autant de pratiques médicales qu'il existe d'îles. Pour autant certaines problématiques liées à l'insularité sont communes à tous les professionnels îliens.

Dans le cadre de la signature du partenariat Etat-Région avec l'Association des Iles du Ponant (AIP) en juillet 2015, l'ARS Bretagne s'est engagée à une réflexion autour de l'amélioration de la qualité des soins sur les îles Bretonnes du Ponant. Suite à une enquête diagnostique menée sur ces territoires, ce travail a mené, fin octobre 2016, à la signature d'un CLS (22), paraphé pour une durée de 5 ans, engageant l'ARS Bretagne, l'AIP, les élus des îles et 10 autres partenaires. Préfigurant cette convention, le CLS de Belle-Ile-en-Mer (23) et le CLS de l'île d'Yeu (24) signés en 2013, avaient déjà mis en avant des problématiques insulaires dont une couverture déficitaire de l'offre de soins, des difficultés de maintien à domicile des personnes âgées et la nécessité de développer une démarche de prévention et de promotion de la santé. Le CLS des îles Bretonnes du Ponant 2016-2020 s'articule autour de ces 3 axes principaux et de 2 axes transversaux que sont la problématique du transport et le développement de l'e-santé. Ce contrat élaboré sous la forme d'un CLS socle sera décliné sous forme d'avenants pour chacune des îles, afin de répondre à l'hétérogénéité des problématiques. Une des 56 actions de ce CLS a pour objectif de maintenir et développer l'attractivité pour les professionnels de santé qui souhaiteraient exercer sur les îles (25). Elle entend améliorer les conditions d'accueil de ces praticiens, proposer les infrastructures adaptées et soutenir financièrement ces projets. Cela répondrait à plusieurs interrogations des médecins sur l'avenir de la médecine générale.

Enfin la création d'une association des médecins des îles du Ponant permettrait aux praticiens insulaires de mieux se connaître, d'échanger davantage et surtout de se fédérer afin d'être représentés auprès des autorités. C'est ce qu'a permis l'association des médecins de montagne créée en 1953 (26), qui aide les praticiens concernés lors de l'installation et qui favorise la formation continue et le compagnonnage (21). Ainsi réunis, les médecins insulaires auraient plus de poids pour faire entendre leurs revendications et rendre les contraintes de l'exercice îlien acceptables pour de futurs praticiens.

V. CONCLUSION

Les îles du Ponant sont d'une grande diversité et d'une grande richesse environnementale et culturelle. Au-delà de la vision onirique qu'elles renvoient, l'isolement qu'elles ont en commun rend la tâche des médecins généralistes insulaires singulière et spécifique. Les professionnels qui y exercent sont des praticiens de premier recours et doivent faire preuve d'une grande disponibilité et d'une grande autonomie médicale, pour gérer tous types de soins, y compris les urgences. Pour ces médecins « à l'ancienne », vie professionnelle et vie privée sont plus imbriquées qu'ailleurs. Ces contraintes rendent la médecine îlienne exigeante voire effrayante, ce qui peut freiner le recrutement. Bien qu'il existe une grande hétérogénéité des pratiques, un contrat local de santé, engagé par l'ARS Bretagne, entend apporter une réponse aux difficultés d'accès aux soins sur les îles bretonnes du Ponant. La création d'un corps de santé, d'une association fédératrice des médecins des îles du Ponant aurait aussi tout son intérêt pour rassembler les praticiens îliens et favoriser de nouvelles installations. Elle pourrait d'ailleurs associer les îles d'Hyères (Porquerolles, l'île du Levant et Port Cros), qui partagent les mêmes problématiques. L'accès aux soins étant la principale préoccupation des insulaires, il est impératif de pérenniser la présence de médecins sur ces territoires singuliers, afin d'y maintenir également la population et donc la vie.

NOM et Prénom : **KERAVEC Noémie**

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

La médecine insulaire : perception des médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant.

Rennes, le

[Signature]
D. ALIS CHOQUEHET

Le Directeur de thèse

Rennes, le

[Signature]
23/11/2016

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

23 NOV. 2016

Le Président de l'Université
de Rennes1

Président et par délégation
le Vice-Président

[Signature]
D. ALIS

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Association des îles du Ponant [En ligne]. Documentation générale - Les îles du Ponant [cité le 4 jan 2016]. Disponible sur: <http://www.iles-du-ponant.com/documentation/documentation-generale>
2. Boisbunon C. Exercer la médecine générale sur les îles bretonnes du Ponant, une vocation ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2006.
3. 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.
4. ARS Bretagne. Contrat local de santé. Iles bretonnes du Ponant. Diagnostic territorial. 2016. 40 p.
5. Atlas de la démographie médicale 2016 [En ligne]. Atlas de la démographie médicale 2016 [cité le 7 nov 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf#page=6&zoom=90,-265,685
6. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):49-58.
7. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2010.
8. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine [En ligne]. 1 mars 2008 [cité le 7 nov 2016];4(3):135-40.
9. Goupil P. Qui va nous soigner?: la délicate relève des médecins généralistes. Brest: Éditions Dialogues; 2016. 147 p.
10. Brigand L. Besoin d'îles. Paris: Stock; 2009. 248 p.
11. Chien Chow Chine C. Analyse de l'implication des médecins généralistes ayant participé à la permanence et à la continuité des soins dans le cadre de l'expérience belle-iloise [Thèse d'exercice]. [France]: Rennes 1; 2015.
12. Contrats locaux de santé [Internet]. [cité le 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Contrats-locaux-de-sante.153039.0.html>
13. Weiss P. À partir du cas de l'île d'Yeu, exemple d'évolution de l'offre de soins: de la médecine libérale à la création d'un centre de santé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2016.
14. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2012.
15. Les centres de santé - Pôles, maisons et centres de santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [En ligne]. [cité le 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-centres-de-sante>

16. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : situation économique et place de l'offre de soins de demain. [En ligne]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2013 Juillet [cité le 7 nov 2016] p. 138. Report No.: RM2013-119P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
17. Coopérative de services de santé au Québec : entre l'espoir et le doute [En ligne]. [cité le 14 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.eve.coop/?a=149>
18. AQESS (Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux). Mémoire sur les coopératives de santé. [En ligne]. 2013 [cité le 14 nov 2016]. Disponible sur: http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/Memoire_COOP_sante_2013.pdf
19. Bilodeau H, Leduc N, Van Schnedel N. Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, secteur santé publique. [En ligne]. 2006 [cité le 7 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R06-03.pdf>
20. Lorant V, Geerts C, D'Hoore W, Sauwens D, Remmen R, Peremans L. Médecine Générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession? Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) [En ligne]. 2008 [cité le 26 sept 2016]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027364.pdf
21. Brizard N, Durand M. Déterminants à l'installation en cabinet de médecine de montagne chez les jeunes installés et les internes en médecine générale du secteur alpin [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2016.
22. ARS Bretagne. Contrat local de santé. Iles bretonnes du Ponant. Socle. 2016. 34 p.
23. ARS Bretagne. Contrat local de santé de Belle Ile en Mer. 2012. 64 p.
24. ARS Pays de Loire. Contrat local de santé de l'île d'Yeu. 2013. 10 p.
25. ARS Bretagne. Contrat local de santé. Iles bretonnes du Ponant. Cahier des fiches actions. 2016. 67 p.
26. Médecins de montagne. Pourquoi une association? [En ligne]. Médecins de montagne. [cité le 4 jan 2015]. Disponible sur: <http://www.mdem.org/france/DT1343208914/page/Pourquoi-une-association.html>

VII. GLOSSAIRE

AIP : Association des Iles du Ponant

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CH : Centre Hospitalier

CDS : Centre de santé

CLS : Contrat Local de Santé

DISSD : Direction des Interventions Sociales et de la Solidarité Départementale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDF : Ile de France

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MCS : Médecin Correspondant Samu

MSF : Médecins Sans Frontières

NR : Non Renseigné

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PH : Praticien Hospitalier

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SLD : Soins de Longue Durée

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

VIII. ANNEXES

Annexe n°1 : Guide d'entretien

Comment décririez-vous les conditions de travail sur l'île ?

Comment travaillez-vous ? Quelle est votre journée type en hiver / en été ?

Quels types d'actes pratiquez-vous ?

Comment décririez-vous votre patientèle ?

A qui pouvez-vous faire appel pour vous aider dans la PEC de vos patients (plateau technique, paramédicaux, spécialistes) ?

Comment s'organisent les astreintes et gardes ?

Comment cela se passe en pratique pour une évacuation sanitaire ?

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé de vous installer sur l'île ?

Quelles ont été les circonstances de votre installation ?

Quelles étaient les motivations à travailler sur une île ?

Quel était votre projet initial en vous installant sur l'île ?

Combien de temps aviez-vous dans l'idée de rester ?

Aviez-vous un ou des objectif(s) précis ?

Avez-vous bénéficié d'aide à l'installation ? Aides financières ? Aides matérielles ?

Quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté dans votre pratique ?

Trouvez-vous la pratique de la médecine sur une île plus difficile ?

Pouvez-vous vous libérer du temps pour vos projets personnels (vacances, loisirs) ?

Pour vos projets professionnels (formation continue) ?

Trouvez-vous facilement des remplaçants ?

Que représente pour vous la vie sur l'île ?

Que pensez-vous de votre qualité de vie sur l'île ?

Qu'appréciez-vous particulièrement sur l'île ?

Que vous manque-t-il sur l'île ? Quels aspects de la vie insulaire appréciez-vous moins ?

Comment vivez-vous l'isolement ? Plus particulièrement l'hiver ?

Comment cela se passe pour votre entourage ?

Comment voyez-vous l'avenir de la médecine générale sur l'île ?

Quelles sont vos craintes en ce qui concerne l'avenir médical sur l'île ?

Quel est votre projet personnel sur l'île ?

Combien de temps comptez-vous rester ?

Avez-vous d'autres projets professionnels à court/moyen/long terme ?

Quelles seraient vos suggestions pour pérenniser l'offre de soins primaires sur l'île ?

Comment peut-on inciter les jeunes médecins à l'installation sur les îles ?

Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de la création d'une association des médecins des îles du Ponant ?

Annexe n°2 : Caractéristiques des médecins interrogés

Médecin	Sexe	Age	Statut marital / Profession conjoint(e) Enfants	Lieu d'habitation principale du/de la conjoint(e)
A	H	57	Marié / Non renseigné 3 enfants	Ile
B	H	69	Divorcé, en couple / Non renseigné 3 enfants	/
C	H	66	Divorcé 3 enfants	/
D	H	42	Marié / Non renseigné 3 enfants	Continent
E	F	40	Célibataire Pas d'enfants	/
F	F	42	En couple / Sans emploi (travailleur social) 2 enfants	Ile
G	F	41	Mariée / Biologiste marin 3 enfants	Ile
H	H	43	En couple / Médecin scolaire 4 enfants	Ile
I	H	55	Marié / Aide-soignante 3 enfants	Continent
J	H	39	Marié / Médecin 4 enfants	Ile
K	H	61	Marié / Kinésithérapeute 2 enfants	Ile
L	H	40	Marié / Infirmière scolaire 2 enfants	Ile
M	F	50	Mariée / Kinésithérapeute 3 enfants	Ile
N	F	32	Mariée / Médecin 4 enfants	Ile
O	F	55	Mariée / Chercheur en chimie 1 enfant	Continent
P (remplaçant régulier)	H	37	En couple / ATSEM Pas d'enfants	Continent
Q (un jour par semaine sur l'île)	F	33	Mariée / Ingénieur 2 enfants	Continent

Annexe n°3 : Caractéristiques des médecins interrogés (2)

Médecin	Année : Doctorat / 1 ^{ère} installation / Installation île	Parcours	Formation(s) complémentaire(s)	Médecin pompier / MCS	Maitre de stage	Pro pharmacien
A	1992 (Strasbourg) 1992 2013	Doubs (installé)	CES de médecine du sport DU de médecine manuelle Diplôme de médecine du travail en milieu agricole	Oui Oui	Non	Oui
B	1975 (Brest) 1975 2001	Finistère (installé)	Diplôme de médecine d'urgence pré-hospitalière	Oui Oui	Oui	Oui
C	1980 (Rennes) 1980 2008	Arabie Saoudite (salarial) MSF Rennes (installé 8 ans) Antilles (installé 10 ans) Rennes (installé)	Formation de médecine légale Formation de médecine du travail Formation d'homéopathie Formation de médecine anthroposophique Formation de mésothérapie Formation de médecine symbolique Formation en micronutrition Formation de psychose et thérapie brève Formation d'hypnose (en cours)	Oui Oui	Non	Non

D	2004 (Paris XI) 2011 2011	SAMU social Réunion (collaborateur libéral + salarié dispensaire)	DU d'obésité pédiatrique	Non Oui	Oui	Non
E	2005 (Bordeaux) 2006 2009	Mayotte (salariée) Ile (remplacements)	Capacité d'addictologie	Non Oui	Oui	Non
F	2004 (Paris V) 2015 (septembre) 2015	MSF France et étranger (8 et 2 mois) Paris (salariée centre de santé)	DU de psychologie transculturelle	Non Oui	Oui	Non
G	2005 (Brest) 2014 2014	Finistère (remplacements) Ile (remplacements 8 ans) Ile + Ploemeur (salariée médecin coord. EHPAD) Madagascar (1 an)	Capacité de gériatrie Médecin coordonnateur des EHPAD	Oui Oui	Oui	Non
H	2003 (Rennes) 2009 2014	Guinée Conakry (salarié centre médico-social 2 ans) Médecin embarqué Houat/Hoëdic, Belle Ile, Bréhat, Marie-Galante, Groix (remplacements)	DU de médecine tropicale et humanitaire DU d'urgence pré- hospitalière DU de médecine maritime	Oui Oui	Oui	Non
I	1991 (Rennes) 1994 1994	Côtes d'Armor et Ille et Vilaine (remplacements)	CAMU (non validée)	Non Oui	Non	Oui
J	2014 (Paris IdF Ouest) 2015 (janvier) 2015	Kinésithérapeute // IDF (remplacements)	Kinésithérapeute	Bientôt Non	Non	Non

K	1984 (Créteil) 1984 2015 (octobre)	Val de Marne (installé)	Membre de la FMC de Créteil	Non Non	Non	Non
L	2007 (Paris XI) 2007 2012	Eure-et-Loir + Essonne (installé + attaché urgences pédiatriques)	(Elu au Conseil de l'Ordre Président CME hôpital local)	Oui Oui	Oui	Non
M	2003 (Lyon Sud) 2004 2004	Rhône (remplacements)	DU de gynécologie Formation d'homéopathie	Non Oui	Oui	Non
N	2014 (Paris IdF Ouest) 2015 (janvier) 2015	IDF (remplacements)		Non Non	Non	Non
O	1991 (Paris) 1992 2016 (janvier)	IDF (remplacements) Val de Marne (installée)	DU de contraception	Non Oui	Non	Non
P	2010 (Rennes) Non installé	Bretagne (remplacements) St Pierre et Miquelon (remplacements) Médecin embarqué Terres Australes et Antarctiques	DU de médecine tropicale DU de médecine maritime DU de médecine hyperbare	Oui Oui	/	/
Q	2013 (Brest) 2014 2014	Finistère (remplacements)	DU de gynécologie	Non Non	Oui	Non

Annexe n°4 : Mode d'exercice des médecins interrogés

Médecin	Seul ou en groupe / Statut	Secrétariat	Informatisé	Astreintes	Remplaçant régulier	Actes par jour : Hors-saison / Saison touristique	Lieu d'exercice	Aides financières
A	Seul Libéral	Physique mi-temps	Oui	Astreinte 24h/24	Non	10 /jr 20-30 /jr	Communal (+ logement de fonction)	Aucune
B	Seul Libéral	Non	Oui	Astreinte 24h/24	Non	7-8 /jr	Communal (+ logement de fonction)	Subvention Conseil Général
C	Seul Libéral	Non	Oui	Astreinte 24h/24	Oui	7-8 /jr 25-30 /jr	Communal	Aucune
D	En groupe Salarié (centre de santé)	Physique temps plein	Oui	Une astreinte de 24h par semaine Un week-end tous les 5 à 6 week-ends	Non	15-20 /jr	Hospitalier (centre de santé)	Aucune
E	En groupe Salarié (centre de santé)	Physique temps plein	Oui	Idem	Non	15-20 /jr	Hospitalier (centre de santé)	Aucune
F	En groupe Salarié (centre de santé)	Physique temps plein	Oui	Idem	Non	15-20 /jr	Hospitalier (centre de santé)	Aucune
G	En groupe Libéral	Physique mi-temps	Oui	Une semaine d'astreinte toutes les 3 semaines	Oui	12-15 /jr 25-30 /jr	Privé	
H	En groupe Libéral	Physique mi-temps	Oui	Idem	Oui	12-15 /jr 25-30 /jr	Privé	Aucune

I	Seul Libéral	Physique mi-temps	Oui	Astreinte 24h/24	Oui	7-8 /jr 25-30 /jr	Communal	Subvention DISSD
J	En groupe Mixte	Physique mi-temps	Oui	Environ une astreinte par semaine et un week-end tous les 5 à 7 week-ends	Non	15-20 /jr sur RDV 20-30 /jr sans RDV	Hospitalier	CESP, PTMG
K	En groupe Mixte	Physique mi-temps	Oui	Idem	Non	Idem	Hospitalier	Aucune
L	En groupe Mixte	Physique mi-temps	Oui	Idem	Non	Idem	Hospitalier	Aucune
M	En groupe Mixte	Physique mi-temps	Oui	Idem	Non	Idem	Hospitalier	Aucune
N	En groupe Mixte	Physique mi-temps	Oui	Idem	Non	Idem	Hospitalier	PTMG
O	Seule Libéral	Non	Oui	Astreinte 24h/24	Non	10-15 /jr 20-30 /jr	Communal	Aucune
P	Remplaçant médecin seul en libéral	Non	Non	Astreinte 24h/24	Lui-même	10-15 /jr 20-30 /jr	Communal	/
Q	Seule à aller sur l'île (En groupe sur le continent) Libéral	Non (Physique temps plein au cabinet)	Oui	Astreinte téléphonique 2 semaines par mois	Non	3 à 15 /jour (un seul jour /sem)	Communal (centre médico-social)	Aucune

Annexe n°5 : Caractéristiques des îles du Ponant

Iles	Département / Commune(s)	Population INSEE 2013 / Indice de multiplication de la pop. entre hiver et été	Taille (ha)	Distance du continent / Temps de traversée / Tarif normal AR	Nombre de rotations île-continent hors-saison et saison / Heure dernier bateau hors-saison et saison
Bréhat	Côtes d'Armor 1 commune	406 9,3	309	1,1 mile 15 minutes (Paimpol) 10 €	8 / 14 18h15 / 20h
Batz	Finistère 1 commune	494 5	305	1,6 mile 15 minutes (Roscoff) 9 €	8 / > 20 18h30 / 20h
Ouessant	Finistère 1 commune	877 4,1	1558	13,5 miles 90 minutes (Le Conquet) 27,70 €	1 ou 2 / jusqu'à 5 16h30 / NR
Molène	Finistère 1 commune	169 5,1	75	6,5 miles 60 minutes (Le Conquet) 27,70 €	1 ou 2 / jusqu'à 4 9h45 (18h le ven) / NR
Sein	Finistère 1 commune	216 6,3	60	12,4 miles 75 minutes (Audierne) 27,70 €	1 ou 2 / jusqu'à 3 9h30 / NR
Groix	Morbihan 1 commune	2233 3,9	1482	7,6 miles 45 minutes (Lorient) 30 à 34,50 €	4 / 6 à 8 18h45 / 19h45
Iles Aux Moines	Morbihan 1 commune	611 Entre 9 et 10	320	0,3 mile 5 minutes (Baden) 5 €	> 20 / > 20 19h30 / 22 h
Ile d'Arz	Morbihan 1 commune	249 9,4	330	1,6 mile 15 minutes (Vannes) 10,20 €	10 / 12 19h35 / 20h

Houat	Morbihan 1 commune	246 4,5	291	8,6 miles 40 minutes (Quiberon) 30 à 34,50 €	2 / 4 ou 5 16h50 / 17h25
Hoëdic	Morbihan 1 commune	119 9,6	208	13 miles 60 minutes (Quiberon) 30 à 34,50 €	2 / 3 ou 4 16h50 / 17h25
Belle Ile	Morbihan 4 communes	5293 5,4	8563	8,6 miles 45 minutes (Quiberon) 30 à 34,50 €	5 ou 6 / 10 à 13 19h30 / 21h45
Yeu	Vendée 1 commune	4636 NR	2332	9,9 miles 45 minutes (Fromentine) 40 €	2 ou 3 / 8 à 14 19h15 / 20 h
Aix	Charente Maritime 1 commune	245 NR	119	3.7 miles 20 minutes (Fouras) 9,80 à 15 €	5 ou 6 / > 10 18h à 19h / NR
TOTAL	16 communes	15 794			

Annexe n°6 : Offre de soins sur les îles du Ponant

Iles	Médecin(s) généraliste(s) (en ETP)	Pharmacie	IDE libérales	SSIAD	Kiné	Dentiste	Consultations avancées / Autres paramédicaux	EHPAD (nombre de lits)	Centre hospitalier
Bréhat	1	Non (med. propharm.)	0	Non	0	0	Non	Oui 50 lits (3 IDE)	Non
Batz	1	Non	1 ETP (3 IDE)	Non	0,2 ETP (1 jour /sem)	0	Non	Non	Non
Ouessant	1	Oui	3 ETP	Non	1 ETP	1 ETP	Pédicure podologue	Oui 25 lits (2 IDE)	Non
Molène	0,2 (1 jour /sem)	Non	1 ETP (2 IDE)	Non	Kiné ostéo 1 fois /mois	0	Pédicure podologue ponctuellement	Non	Non
Sein	1	Non (med. propharm.)	0	Non	Kiné ostéo 1 fois /mois	0	Pédicure podologue ponctuellement	Non	Non
Groix	3	Oui (3 pharm.)	6 ETP	Non	4 ETP	0	Orthophoniste Psychologue Opticiens (2)	Oui 47 lits (1 IDE)	Non
Iles Aux Moines	1	Oui	1 ETP	Non	1 ETP	0	Sage-femme 1 fois /semaine	Oui 21 lits	Non
Ile d'Arz	0	Non	0	Non	0	0	Non	Non	Non
Houat	0,5 (+ remplaçant 0,5)	Non (med. propharm.)	0	10 places (1 IDE)	0	0	Podologue 1 fois /mois	Non	Non

Hoëdic	0,2	Non	0	6 places (1 IDE rattaché au SSIAD de Belle-Ile)	0	0	Non	Non	Non
Belle Ile	7	Oui (3 pharm.)	8 ETP	35 places (rattaché au CH)	9 ETP	3 ETP	Cardiologue 1 fois /mois Gynéco 1 fois /mois Dermato 1 fois /mois Radiologue (télémédecine) Pédicure podologue Orthophoniste Psychologue Ergothérapeutes (2) Opticiens (2)	Oui 72 lits (rattaché au CH)	Oui 12 lits médecine 15 lits SSR 12 lits SLD 2 lits soins palliatifs 4 places HAD Salle de dialyse Radiographie
Yeu	5	Oui	6 ETP	10 places	1 ETP + 4 ostéo	2 ETP	Cardiologue 2-3 fois /mois Gynéco 1 fois /mois Ophtalmo 1 fois /mois Psychiatre ponctuellement Radiologue (écho) 1 fois /mois Géronto-psy + spécialiste de la douleur 1 fois /mois Sage-femme 1-2 fois /mois IDE psychiatrie 3 fois/mois Pédicure podologue Psychologue Diététicienne 1 fois /mois	Oui 104 lits	Oui 4 lits médecine 6 lits SSR 15 lits EHPAD Salle de dialyse Radiographie
Aix	0,4	Non	0	Non	1 ETP (3 kiné)	0	NR	Non	Non

KERAVEC Noémie – La médecine insulaire : perception des médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant.

62 feuilles, 6 illustrations, 5 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016 ; N°

Introduction : La médecine insulaire est une pratique de la médecine générale particulière car elle exige une certaine autonomie médicale et une grande disponibilité pour assurer la permanence des soins, en particulier sur les petites îles ne comptant qu'un seul médecin. L'objectif de l'étude était d'évaluer les conditions d'exercice sur chacune des îles du Ponant et de relever les éventuelles solutions pour pérenniser l'offre de soins sur ces territoires. **Matériel et méthode** : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des médecins exerçant sur les îles du Ponant. **Résultats** : 17 entretiens ont été réalisés en mai et juin 2016. L'analyse des entretiens a été répartie en 6 grands thèmes : circonstances d'installation, pratique quotidienne, difficultés, qualité de vie, perceptions de l'avenir et suggestions pour l'avenir. Les principales difficultés étaient la grande disponibilité, les nombreuses astreintes et l'isolement géographique compliquant la gestion des urgences. Les facteurs positifs de la pratique ilienne étaient la grande diversité de l'exercice, son caractère épanouissant, ainsi que la qualité de vie sur l'île. **Conclusion** : Il semble donc important, pour attirer les jeunes médecins et faire durer leur présence sur l'île qu'il y ait une reconnaissance de la spécificité de leur pratique.

Insular medicine: the Ponant Islands' general practitioners' perceptions.

Introduction : Insular medicine is a particular exercise of general medicine because it requires a certain self-reliance and a big disponibility to insure the obligation 24/24, particularly on the smallest islands where there is only one practioner. The objective of the study was to evaluate the work conditions on each of the Ponant's islands and to notice the potential solutions to perpetuate the presence of general practitioners (GPs) on these areas. **Methodology** : Qualitative study using semi structured individual interviews on the Ponant islands' GPs perceptions. **Results** : 17 interviews were conducted in may and june 2016. Five themes were highlighted : move's circumstances, workload, exercise's problems, quality of life, future perceptions and suggestions for the future. The main difficulties were the big disponibility, often being on call and the isolation which complicaed the emergencies' management. The positive aspects of the insular medecine were the diversity of the practice, the fulfilling nature of it and the quality of life on the island. **Conclusion** : To attract young doctors, it seems important to put an accent on recognition of the specificity of their practice.

Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE
--------------------------	-------------------

Mots-clés :	médecine insulaire, îles du Ponant, médecin généraliste, étude qualitative
-------------	--

Mots-clés anglais MeSH :	insular medecine, Ponant's Islands, general practitioner, qualitative study
--------------------------	---

JURY :	Président :	Monsieur le Professeur Emmanuel OGER
	Asseseurs :	Monsieur le Docteur Alexis Choquenot (directeur de thèse) Monsieur le Professeur Bruno Laviolle Madame la Professeur Françoise Tattevin-Fablet Monsieur le Professeur Louis Brigand Monsieur le Docteur Stéphane Pinard