

JEUNE **MG**

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°29
Avril 2021



LUTTES ET DISCRIMINATIONS EN SANTÉ

JEUNES DIPLÔMÉS : SI LA RÉUSSITE EST UNE QUESTION D'ASSURANCE, SAISISSEZ NOS OFFRES

- 1** -25% sur vos contrats de prévoyance et de complémentaire santé pendant 2 ans pour votre 1^{re} activité libérale
- 2** Chef de clinique : votre **Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique privée et professionnelle à 20 €* par an.**
- 3** **Remplaçant, collaborateur, installé,** pour partir du bon pied, suivez le guide sur le site lamedicale.fr
- 4** Un **rendez-vous conseil** pour bien démarrer votre activité professionnelle
- 5** Votre Agent Général La Médicale est **toujours proche de vous**

Contactez vite votre Agent Général

 **0 969 32 4000** **Service gratuit + prix appel**

APPEL NON SURTAXE

*Tarif exclusif réservé aux adhérents jeunesmedecins.fr. 40 € par an pour les clients non-adhérents.

La Médicale de France : Entreprise régie par le Code des assurances - Société anonyme d'assurances au capital de 2 783 532 euros entièrement libéré - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris, 582 068 696 RCS Paris - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Les contrats d'assurance sont assurés par La Médicale de France et commercialisés par les Agents Généraux de La Médicale.

Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en février 2019. APJD 4956

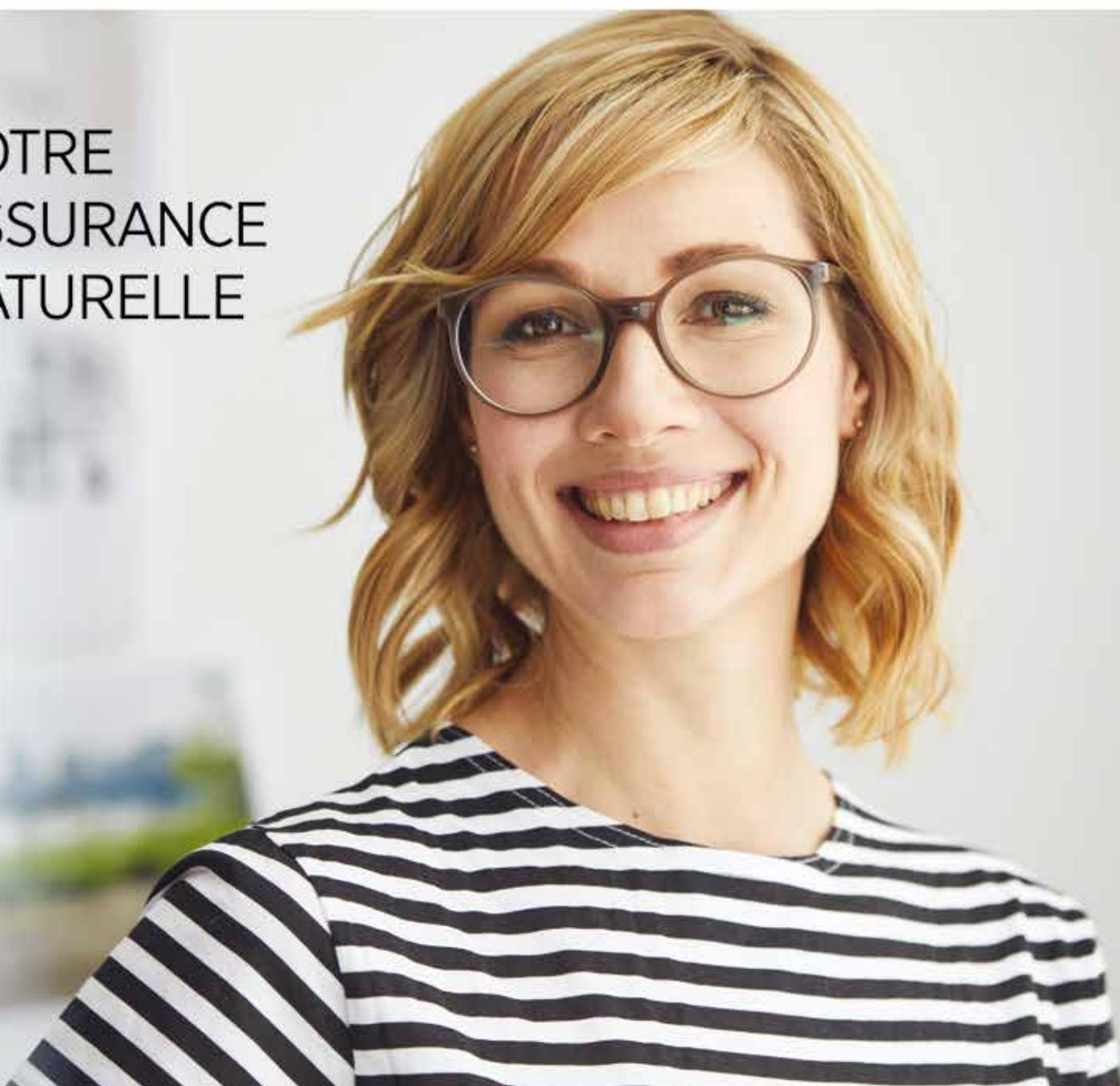


lamedicale.fr

La médicale

assure les professionnels de santé

VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

P. 05

ACTUALITÉS

Gynepsy - Association psychanalytique P. 06

La rencontre comme innovation et avenir

Les violences faites aux femmes, Place et fonction d'un psychanalyste

L'endométriome, du côté de la psychanalyse

Le Choix : Association Sauver des vies P. 27

Les intoxications au plomb dans nos vies quotidiennes P. 29

Du plomb dans la cervelle ? Vraiment ?

La discrimination au sein des LHSS (lits halte soins santé) P. 37

Une réalité qu'il est important de mettre en lumière !

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P. 44

JEUNE M G | **N°29** | **Avril 2021**



Bonjour à tous et toutes,

Ce début d'année est chargé en termes de projets pour nous :

- ☒ Suite à notre AG en décembre dernier, de nombreux changements ont été votés. Notre Syndicat reste basé sur la médecine générale mais les statuts sont désormais ouverts à tous les membres du médical et du paramédical qui luttent contre tous les types de discrimination en santé.
- ☒ De plus, chaque personne qui souhaite s'impliquer est libre de présenter son combat et de nous rejoindre.

Nous avons également créé un espace de discussions directes sur discord, ouverts à toutes et à tous. N'hésitez pas à nous y rejoindre : <https://discord.com/channels/@me>

- ☒ Nous participons, avec un collectif de 12 associations de patients et de syndicats de médecins, à la contestation devant le Conseil d'Etat du partenariat noué entre Doctolib et le Ministère de la Santé.
- ☒ Le MIOP, le SNJMG et le SMG, ainsi que 26 associations ont signé une tribune demandant la dissolution de l'Ordre National des Médecins. De nombreux témoignages d'associations, de médecins et de patients ont depuis manifesté leur soutien et leur intention de co-signer cette tribune.
- ☒ Les formations « préparation à la thèse » ont eu lieu les 19 février et 5 mars dernier et ont eu une large audience.
- ☒ Nous préparons les 30 ans du SNJMG que nous fêtons en 2021.

Nous vous souhaitons à toutes et à tous une bonne continuation et vous invitons à participer à nos discussions et à nous rejoindre dans l'action.

Le SNJMG

Organigramme du
SNJMG

Présidente : Clara DELANNOY
Secrétaire Générale : Benoit BLAES
Trésorière : Sayaka OGUCHI
Chargée de missions Formations Thèses : Aurélie TOMEZZOLI
Chargé de missions Internet et Outils numériques : David AZERAD
Chargé de missions Réseaux sociaux et Communiqués de presse : Pierre Martin
Chargé de mission en santé mentale : Florian PORTA BONETE
Chargé de missions remplaçants : Thomas LE BERRE

Chargé de mission Réseaux sociaux et Communication : Julien ARON
Chargé de missions Privé de thèses : Arnaud DELOIRE
Chargé de missions Partenariats : Procope PANAGOULIAS
Chargée de missions Indépendance professionnelle : Emmanuelle LEBHAR
Chargé de mission en Communication et Discriminations en Santé : Leïla BOUDARI
SECRETARIAT
Secrétaire administrative et commerciale : Frédérique JACQUART
Informaticien : Johann DAI

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Reseauprosante.fr
6, avenue de Choisy | 75013 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur
Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

Imprimé à 2100 exemplaires. Maquette et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire.
Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

➔ Gynépsy - L'endométriiose

La rencontre comme innovation et avenir

Malgré toutes les apparences et malgré tout ce que l'on nous dit, rabâche, promet,... internet, les mails, les sms, le smartphone, les contacts par Skype, What'sApp, Viber, Google, Facebook, Instagram, Twitter (...), débouchent-ils sur un « plus » ... ? Et d'abord sur un plus de quoi ?

Sur un plus de communication, oui certes et c'est là un progrès dans la masse d'information transmise et la rapidité avec laquelle celle-ci nous parvient. Mais à part cela, ... quoi ? Cela débouche-t-il sur un meilleur rapport à l'autre ? Certainement pas, cela éloigne encore plus du contact avec autrui, cela isole, enferme sur soi-même.

Qu'est-ce qui serait, aujourd'hui, quoi qu'on dise, révolutionnaire dans la relation, la relation humaine à autrui ? Je vous le donne en mille : ce serait... la rencontre ! La rencontre dans le réel, la rencontre physique, la présence corporelle des deux interlocuteurs physiquement là, l'un face à l'autre et qui prennent la parole et l'adresse

à l'autre, les yeux dans les yeux, un regard, une voix, ... de chaque côté de l'interlocution. Ça, ce serait révolutionnaire. Deux êtres humains qui se parlent sans la présence orthopédique de la machine électronique, numérique. Deux êtres humains vivants qui ne "communiquent" pas jusqu'à plus soif, mais qui, tout simplement, ... se parlent ; qui misent sur leur parole, l'acte de parler. De se surprendre à parler. De découvrir qu'ils parlent.

C'est le choix de Gynépsy, c'est sur la parole que mise la consultation Gynépsy. Venez reprendre la parole, venez-vous surprendre vous-même en tant qu'être parlant, "parlêtre".

Jean-Michel LOUKA
Psychanalyste
Paris, le 30 mai 2019

Association psychanalytique Gynépsy – loi 1901 | Siège social : 74 rue Dunois – Paris 13^{ème}
06 81 25 48 56 | contact.gynepsy@gmail.com
<https://gynepsy.wixsite.com/website-2>

Les violences faites aux femmes, Place et fonction d'un psychanalyste

« Au milieu du chemin de notre vie je me retrouvai par une forêt obscure car la voie droite était perdue »¹.

La forêt obscure, c'est, pour Dante, les vices et l'erreur... Ainsi, pourrais-je dire, d'entrée de jeu, que toute femme qui a subi des violences a été, dans le même temps, entraînée malgré elle dans la forêt obscure. Sauf, que seule, désarmée, elle ne s'en sort plus ! Sa voie droite s'est perdue...

Un psychanalyste accueille, écoute, entend et interprète ces violences faites à une femme (une femme, une par une) qui décide de s'adresser à lui.

Il engage un travail de re-construction, qui s'avère le plus souvent être essentiellement un travail de construction, car il n'y a pas réellement eu de travail de construction de la personnalité comme il aurait dû ou pu se faire en son temps.

« Je ne savais pas ce que c'était qu'être une femme, avoir un corps sexué de femme, confie Marie. Je pensais, comme on le répétait, que c'était ne pas avoir ce qu'avait un homme, manquer de ce sexe masculin, le pénis. Manquer ! J'ai compris que j'avais moi-même, en tant que femme, un sexe, un sexe féminin, et que je ne manquais en fait de rien, que j'étais en somme entière, sexuellement complète ».

C'est aussi un travail de réparation, un exercice de l'esprit, lequel débouche, bien mené, sur une naissance, ... pas une "re-naissance" comme l'on dit trop souvent ! Diane remarque : « Je croyais que j'étais née parce que j'étais physiquement née ; je me suis aperçue que c'était bien autre chose de naître à soi-même comme femme, surtout sexuellement ».

Et l'on pourra oser dire, à terme, "une femme est née" ! Il s'agit, bien entendu, d'une naissance à elle-même et par elle-même, à la fois donc, parturiente et accoucheuse.

Mais, de ces violences, qu'en espérer ? Plusieurs destins de femmes

Dépression, alcoolisme, mort, prostitution, en sont quelques effets parmi bien d'autres... Désespoir, détresse insondable, suicide, anorexie, boulimie, obésité, scarification, bouffée délirante, en sont d'autres... Ainsi que folie, frigidity et horreur phobique du sexe, pathologies gynécologiques graves, dont divers cancers et cette maladie particulière qu'est l'endométriose, comme des maladies auto-immunes (lupus, maladie de Crohn, pathologies rhumatismales)...

Il est traditionnellement plus aisé pour un homme de devenir un homme que de devenir une femme pour une femme. C'est plus aisé pour un homme parce que l'homme s'appuie culturellement sur un monde fait par l'homme et pour l'homme. Il suffit des fois de montrer, de bander ses muscles, il suffit de faire un peu de sport, il suffit d'aller au bistrot, il suffit de supporter l'alcool, il suffit de ne pas trop pleurer, il suffit d'être un homme ("Soit un homme mon fils").

Naissance à son être de femme, lui permettant d'aborder autant la question du féminin, pour elle, que celle de la conquête de sa propre féminité. Cette naissance accomplie, le travail du psychanalyste touche bientôt à son terme. Ce qui permettra ainsi à l'avenir d'éviter, au mieux, les pièges de la répétition.

On constate alors qu'une femme se met à parler autrement du sexe, de sa sexualité. C'est, pour elle, devenu une autre sexualité. « Je me suis rendue compte, dit Charline, que ma jouissance n'était qu'en partie ressemblante à celle de mon nouveau compagnon. Il y en avait une autre qui m'était propre, une jouissance, si spécifique de mon corps et de mon être féminin, qui rendait mon ami parfois envieux. » Ou plutôt, dirions-nous, une sexualité Autre, c'est-à-dire nouvelle, inconnue auparavant. Assumée maintenant comme telle.

C'est-à-dire un conquérant de... tout. Mais il suffit, a contrario, aussi, de ne pas montrer justement ! Il ne faut pas montrer de faiblesse, de manque, de faille, de trou...

Il suffit de correspondre à ces stéréotypes, même si au fond c'est parfois un peu mou, ce n'est pas aussi dur qu'en surface - il suffit d'être dans l'adhésion aux valeurs communément admises de la virilité. L'adhésion suffit, ce n'est même pas la peine de le démontrer. Il suffisait jadis d'accepter de faire son service militaire même si l'on pouvait y trembler de trouille ou d'ennui : "C'est un homme maintenant ! Il a fait son service militaire, il peut se marier..." Il suffisait d'avoir un travail, le travail faisait "l'homme", le travail, le service militaire, le corps, pas pleurer, trancher, décider, etc. Pour la société, qu'un homme soit à peu près un homme, à peu près, ça suffit, pas besoin de trop fouiller, "faut pas trop gratter".

Pour une femme, la question ne se pose pas de la même manière. Les modèles culturels proviennent évidemment du fantasme masculin qui est toujours entre deux pôles, "la mère et la putain" et l'idéal des deux à la fois en une, mais pas aux mêmes heures, pas au même moment, pas dans la même journée, mais les deux ! La putain sans la mère, ça ne va pas, il va chercher la mère ailleurs ; la mère sans la putain, ça ne va pas non plus, mais c'est plus courant.

Alors une femme qui est face au fantasme masculin rencontre parfois — c'est chez Freud le cas de "la jeune homosexuelle" — qu'elle va au contraire, pouvoir construire sa féminité en rencontrant une autre femme, et non pas en rencontrant le fantasme au masculin de "la mère et la putain". Ça fait parfois des homosexuelles, ça fait surtout entre les deux, entre celle qui adhère directement et se plie au modèle phallique des hommes, et celle qui devient homosexuelle contestataire du phallus masculin, ça fait tout le champ de l'hystérie. Il y a, en somme, trois catégories.

Celles qui rejettent ce fantasme masculin, qui excluent de s'y soumettre en se tournant vers l'homosexualité afin de le contester bruyamment (tout en s'y identifiant, phalliquement, notons-le), et celles qui obtempèrent de s'identifier à ce fantasme masculin, à ce modèle phallique hétérosexuel des places bien définies entre les hommes dominants et les femmes dominées. Et ces femmes, qui n'acceptent ni l'un ni l'autre, forment le champ de l'hystérie. Elles n'acceptent pas, contestent, se rebellent, sans pour autant arriver à se réaliser dans l'homosexualité avérée, pas plus qu'à la place où les cantonnent le machisme et le sexisme. Elles sont en souffrance de féminité, ou, mieux dit, en souffrance de leur féminin.

Il y a une façon hystérique de prendre le chemin de la féminité, et cette façon hystérique est très mal vue, c'est la contestation la rébellion, le "dire que non" à l'homme, au tyran, au bourreau... Certes, on ne les brûle plus sous forme de sorcières comme ce fût le cas au Moyen Âge, comme le mentionne déjà Freud.

Elles ont rencontré un dénommé Sigmund Freud au XIX^{ème} siècle, qui fût le premier à se taire pour mieux les à écouter : « Taisez-vous, Dr Freud et écoutez-moi ! »². Naissance de la psychanalyse par changement, inversion de lieu du savoir. Ce n'est plus le médecin qui a le savoir, c'est le patient, ici l'hystérique. Ce sont donc les hystériques qui ont inventé la psychanalyse.

L'hystérie n'est pas une pathologie, une maladie, c'est une structure psychique. S'il n'y avait pas les hystériques, l'ensemble du monde serait gouverné par les obsessionnels qui sont majoritairement des hommes. Des "morts-vivants" donc ! Rien n'évoluerait dans la société, plus d'inventions scientifiques (oui, scientifique !), plus d'évolution et de créations culturelles (cinéma, théâtre, poésie, roman...). Que soit rendu hommage, ici, à toutes les hystériques de l'Histoire qui ont donné un peu d'oxygène dans ce monde figé des hommes. Elles l'ont payé souvent très cher (très "chair" !).

Au départ, Freud fonde sa thèse selon laquelle toute névrose est d'origine traumatique. Au début, donc, est le trauma, la rencontre traumatique. Le père le plus souvent. Le père est traumatique pour la fille. Par la suite, c'est le fantasme qui va réélaborer, réinterpréter les choses et émailler le souvenir. C'est le fantasme qui, pour Freud, est fondamental. Cela ne nie en rien la réalité du traumatisme, d'origine sexuel (sexuel, pas nécessairement génital). L'angoisse est alors la cause première du refoulement dans l'inconscient de la scène traumatique, et à partir duquel le symptôme fait retour.

On entend de plus en plus souvent parler (dans les média et chez les personnes qui viennent consulter...) de "pervers narcissique" - notion introduite par le psychanalyste, Paul Claude Racamier en 1986 -. Ce qui est une périsologie ! Dire "narcissique" n'ajoute en rien à ce terme de pervers, pour autant que tout "pervers" EST, de fait, narcissique. L'inverse n'étant pas vrai, toute structure psychique "narcissique" n'est pas nécessairement directement perverse...

Le cas Éliane

Éliane a quarante ans, en 1978 au moment de la rencontre avec moi, son psychanalyste. Elle est célibataire, c'est une belle femme, grande et mince, mais aux traits marqués par la vie autant que par l'alcool. Elle est la seconde d'une fratrie de six enfants (deux garçons et quatre filles).

Éliane se décrit comme ayant eu de très nombreuses "aventures" sexuelles et affectives, toujours dans un rôle passif avec des hommes pervers dont les exploits sadiques avaient son corps comme champ d'exercice. Elle raconte qu'elle a été violée à plusieurs reprises par « plusieurs hommes noirs » sous l'empire de la boisson. Elle explique ces viols en pensant les avoir toujours souhaités inconsciemment pour « être comme sa mère ». Elle fait référence ici à son frère aîné Pierre, l'enfant "métis" de sa mère. Elle a toujours aimé son métier de disquaire, abandonné du fait de son alcoolisme (mais qu'elle reprendra plus tard). Au moment de la rencontre, elle compte quatre mois de sobriété.

Pourquoi buvait-elle ? « Pour supporter la vie... Mon père buvait du "Ricard"... J'aurais tout fait pour lui... Ma mère ne vivait son désir qu'à travers moi... Je n'aime pas beaucoup ma mère... C'est elle qui me poussait toujours dans les bras des hommes, à sa place... Elle vivait son désir par moi, sa fille interposée... Moi, je ne voulais pas, mais elle faisait tout pour ça... Je sais que, comme mes frères et sœurs, à part Caroline, je n'ai jamais été désirée par mes parents... Ils nous l'ont dit... Je sais que j'aurais pu mourir ensevelie à la place de mon frère, Paul, c'est mes parents qui me l'ont toujours répété quand j'étais jeune... ».

Dans la famille d'Éliane, seules les quatre filles sont vivantes, mais les deux fils sont morts violemment. Éliane a servi de mère aux deux dernières, Caroline et Annick, qui sont devenues "alcooliques". Éliane, elle, n'est pas morte violemment, « à la place de » son frère Paul, comme l'insistance des parents – en fait de la mère qui fait la loi (le père étant toujours "dans la boisson") –,

semble y pousser, mais elle a été violée, par « plusieurs hommes noirs » et elle pense que ces viols ont été par elle désirés pour répondre au désir de l'Autre ici incarné par la mère, comme entremetteuse de son impropre désir.

"Con-fondue" avec sa mère, Éliane subira les pulsions sadiques de multiples si bien nommées par Lacan "père-versions" de sujets en proie à l'angoisse de castration. Les raisons conscientes qu'Éliane donne à entendre, interprétation "psycho-logique" de son destin sur le mode causal d'un "c'est parce que..., que", ne tiendront pas longtemps. Dès lors fut-elle confrontée à l'énigmatique jouissance de la position masochique qu'était la sienne depuis tant d'années. À partir de cette rencontre la question phallique commença à pouvoir, dans ce bien réel (c'est-à-dire impossible transfert qui mena de bout en bout la danse), se poser pour elle. Une, c'est-à-dire sa psychanalyse put débuter et, surtout, être menée à bien parce que "coupée", irréversiblement, de la "père-version" subie des hommes.

Le cas Éva

La violence qu'a subie Éva a consisté, dans un premier temps, en une violence verbale, et tout d'abord des insultes. Son conjoint (qui était au préalable son supérieur hiérarchique), qui était capable d'insulter une personne en réunion, en public, sans état d'âme, s'est mis à le faire pour elle aussi, en privé, d'abord, puis en public.

Éva subit progressivement l'isolement forcé, l'humiliation systématique, et son conjoint installa à son intention ce que l'on peut nommer une véritable terreur. De son côté, il argumenta tout ce qu'il pût pour établir son impunité et inverser la culpabilité que déjà, Éva ressentait de ce qui se passait. Tout cela se faisant très progressivement, insensiblement au début.

Par la suite, les violences verbales s'exercèrent sur elle partout, à chaque instant, du jour et de la nuit. Il la critiquait à tout propos, la dévalorisait constamment, et ne tenait plus compte de son avis. Comme pour d'autres femmes, Éva fût le plus souvent la victime de l'acharnement d'un homme à la détruire, que ce soit dans la rue, à la maison, au travail, en voiture...

Les brimades qu'elle subit auront été de nature sexiste, raciste, le plus souvent, à connotation vulgairement sexuelle. Attaquer l'image de son corps, ou faire la part belle aux stéréotypes sexistes, pour l'accabler, son conjoint ne reculait devant aucune sorte de violence.

Les violences d'ordre moral, en fait symbolique, parce que de l'ordre du discours, anéantissaient Éva, bien autant, sinon plus, que les violences physiques et sexuelles, ces dernières la dégoûtaient plutôt. Elles détruisaient son image, non seulement vis-à-vis des autres, mais, surtout, vis-à-vis d'elle-même. Ces violences symboliques, ces violences du langage sont d'autant plus dangereuses que, sous couvert d'humour, on en rit et on les banalise. Elles sont pourtant la porte ouverte au non-respect et à la dégradation de l'être de langage que nous sommes, par le langage lui-même. Elles se précipitent, bien entendu, très vite jusqu'à l'insulte et la violence verbale extrême, car ordurière. Elles sont aussi préparatoires à un nouveau cycle de violences physiques et génitales.

Éva m'expliquait que des habitudes s'étaient installées sans qu'elle n'ose réagir, et le sentiment du danger à esquiver fit alors inéluctablement partie de son quotidien. Elle me confia aussi que la présence de son compagnon lui faisait de plus en plus peur et qu'elle sursautait bientôt à son approche. Qu'elle craignait, également, de rentrer chez elle. Ils avaient eu ensemble trois enfants, mais maintenant elle finissait par craindre aussi pour la sécurité de ses enfants.

Son compagnon l'isolait subrepticement de ses ami(e)s, de sa famille, de ses voisins et même de ses collègues. Elle me raconta comment l'attitude agressive de son compagnon lui donnait l'impression de ne plus avoir de contrôle sur sa propre vie ni, par ailleurs, sur celle de ses enfants. Elle finit par ne plus supporter que son compagnon s'adresse à elle uniquement par des ordres et des cris.

Éva m'a témoigné des nombreuses agressions sexuelles de la part de son conjoint, de ses viols. Dès le moment où elle disait non à un rapport sexuel, il lui était immédiatement imposé sous la contrainte. « C'est bien cela un viol, n'est-ce pas ? », me disait-elle...

Au travail, Éva avait déjà subi un harcèlement moral, mais aussi un harcèlement sexuel de la part de cet homme. Il lui devenait pénible, voire impossible pour elle de pousser la porte de son entreprise ou de son bureau. Elle appréhendait de se retrouver en présence de ses collègues et de ses supérieurs hiérarchiques, elle devenait petit à petit victime, sans le savoir, de violences au travail. C'est ainsi que son supérieur hiérarchique (qui deviendra son conjoint), lui impose des missions dont les autres ne veulent pas mais qu'elle accepte par crainte d'être mise à l'écart ou licenciée, et cette situation se reproduira de manière systématique.

Lorsqu'elle lui fit part de son envie d'évoluer dans son travail. Il refusa d'en parler dans le cadre professionnel et insista pour aborder la question dans un cadre privé. Il se permit alors des gestes déplacés. Il mit ses capacités en doute tout en se permettant des réflexions machistes et des allusions sexuelles. Il n'eut de cesse de la dénigrer ou de lui faire perdre confiance en elle. À partir du moment où elle refusa ses avances, il la "mit au placard". Elle accepta alors qu'il devienne son compagnon, son conjoint. Ceci n'arrangea les choses au travail que durant une courte période, après laquelle tout recommença comme avant... Les violences au travail peuvent se manifester de diverses façons. Il est nécessaire d'apprendre à les reconnaître pour les combattre, pour soi, mais aussi pour les autres. Ces actes sont clairement institués par la loi française comme délits et sont donc passibles de sanctions.

Rien n'y fit... Éva est morte le 23 janvier 2001, victime d'un dernier coup, fatal, de son conjoint, qui la fit tomber en arrière et se fracasser le crâne sur le coin du radiateur de leur chambre... Elle venait d'engager sa psychanalyse avec moi.

Toutes les femmes qui l'ont vécu le savent bien, c'est un combat de tous les instants. Un combat qu'il est quasiment impossible de mener seule.

Mais souvent, "sortir de l'isolement" de ces situations, est juste "mission impossible" pour ces femmes. C'est même une injonction qui n'a pas de sens pour elles. Pour sortir de l'isolement, il faut avoir un minimum de confiance en soi, un minimum confiance en l'autre, il faut exister, ne serait-ce qu'un tout petit peu. Et ce n'est généralement pas ou plus le cas. Alors, quand "l'autre" justement, celui qui est censé les aimer, fait tout pour les annihiler, pour les détruire, les réduire à rien, comment vouloir que ces femmes sachent comment s'y prendre ? Pour sortir de l'isolement, il faut au moins deux personnes. Et ces femmes, dans ces situations, n'existent plus, ne sont plus rien ou presque.

Un mot sur ces femmes qui ressentent le besoin de témoigner publiquement de leurs histoires. C'est tout d'abord, une façon pour elles, d'inscrire dans le "Réel" une réappropriation de leur vie, une réassignation des événements traumatiques, une façon de "soldier leur compte" avec le sentiment de culpabilité. C'est aussi une façon de dire à d'autres, qu'elles ne sont pas "seules" et qu'il est possible de déjouer la "fatalité".

Ces témoignages sont très importants, ils permettent parfois d'en "sauver" quelques-unes. Quelques-unes, ce n'est pas rien, mais pas toutes. Les témoignages des femmes violentées n'ont d'effet que sur celles qui sont prêtes à les entendre, ils n'ont de résonance que sur celles dont le désir de "vivre" vient les déborder, celles dont la "jouissance morbide" est un peu mise en question, en doute ou carrément mise à mal.

De quoi, au fond, radicalement, a besoin une femme violentée ? Une femme violentée a besoin, en premier lieu, d'être écoutée, d'être entendue. Elle a besoin aussi d'être aidée concrètement : d'être vue par un médecin (parfois), de consulter un avocat (souvent). Mais également, d'être accompagnée (socialement, financièrement) si elle ne peut subvenir seule à sa survie et à celles de ses enfants ou si elle ne peut se réfugier chez des proches.

Le psychanalyste qui reçoit ces confidences, doit en prendre la mesure. Toute la mesure. Il doit en premier lieu faire son travail de psychanalyste (travail de "re-construction", anticipation au mieux, des rechutes et des répétitions...). Mais, à la différence d'autres analysantes, pour celles qui sont victimes de violences, il est impératif qu'il mette en œuvre les actions nécessaires, ou, à tout le moins les facilite : le dépôt de plainte, la mise en sécurité de la femme (et de ses enfants) ou/et l'éloignement du conjoint dangereux, l'établissement d'un certificat médical ou psychiatrique (selon la violence), la mise en relation avec un avocat.

Le psychanalyste, avec l'accord de la personne, peut téléphoner au Commissariat ou écrire une lettre soutenant la demande de prise en compte auprès des forces de l'ordre. Il peut également indiquer les coordonnées d'un médecin légiste habilité à constater les blessures occasionnées, accompagné d'un appel et/ou d'une lettre d'appui. De même pour l'avocat, car l'engagement de poursuites judiciaires est aussi un des moyens de retrouver sa dignité apparemment perdue...

Pour les cas les plus délicats, les plus urgents, il est absolument nécessaire de contacter ou de transmettre les coordonnées de structures en capacité de les accueillir. Le psychanalyste reste dans tous les cas, le fil d'Ariane qui ne doit pas être rompu.

Il apparaît donc, par longue expérience, que le psychanalyste doit, le concernant, rester connecté à la "réalité". En ce sens que c'est à lui, parce qu'il est l'oreille à qui s'est confiée cette femme, d'assurer la mise en relation et le suivi (juridique, médical, social...), la coordination avec les autres professionnels interpellés par cette question...

Ainsi, le psychanalyste reste le point central, nécessaire pour se sortir de cette "servitude consentie malgré soi"... Sans lui, la répétition due aux mécanismes inconscients fera son œuvre, parfois jusqu'à la mort...

L'exemple prostitutionnel

Je parle ici à partir des dires de Brigitte, Marie, Corinne, Martine, Nadia, Alice, Bernadette, Bérénice, Aurélie, Olivia, Madeleine, Claudine et de quelques autres.

Le cas de la prostitution est paradigmatique de certains des effets des violences faites aux femmes. La prostitution est très souvent consécutive aux abus sexuels, viols, incestes subis jadis par ces femmes en prostitution.

Ce traumatisme sexuel concerne ce que nous appelons "le féminin", pour le distinguer de "la féminité". La féminité est une construction qui fait appel à l'imaginaire, celui d'une époque, celui d'une culture, celui d'une mode, par exemple. Le féminin, c'est tout autre chose. C'est du réel ! Il y a donc quelque chose d'impossible à imaginer et à symboliser dans le féminin. Il peut concerner les deux sexes, bien que, majoritairement, il se rencontre, la plupart du temps, chez les femmes.

Les enjeux inconscients dans la prostitution font apparaître qu'elles n'ont pas été, enfants, symboliquement reconnues, précisément à l'endroit du féminin. Cela veut dire que ce sont des enfants de sexe féminin qui n'ont pas été reconnues comme étant le fruit d'un désir accepté, consenti et partagé par les deux partenaires du couple... Le désir, qui les a causées, est un désir qui a été mal assumé, mal accepté, qui a pu paraître une erreur, un accident, voire n'a pas été un désir du tout. Ce sont des enfants dont la présence a été en général ramenée à leur embarrassant corps de chair. Leur féminin s'en trouve comme dénié.

Et, c'est à ce titre qu'elles vont en quelque sorte se trouver littéralement jetées dans l'existence. Dans la mesure où n'ayant pas été symboliquement reconnues dans la dimension imaginaire de leur féminité, elles vont chercher à se faire reconnaître dans le réel. Mais de la plus mauvaise manière qui soit, en confondant imaginaire et réel.

Elles cherchent alors à se faire reconnaître dans la réalité comme un objet de désir et un objet de jouissance phalliques.

En se croyant "libres" de choisir cette curieuse existence. C'est, bien sûr, un leurre. Ce leurre du libre arbitre, certaines, néanmoins, le revendiquent, justifiant, aujourd'hui, "leur" prostitution, le "plus vieux métier du monde", dit-on, comme un nouveau métier parce que voulu, décidé, assumé, méconnaissant par ce dire ce qu'il en est de l'inconscient.

« J'ai toujours pensé trouver une solution dans la prostitution », dit Marie. « Ce qui est certain, c'est qu'en me prostituant, je choisis de me punir, d'abîmer mon corps », ajoute Madeleine. « Moi, il m'a fallu en passer par la drogue et l'alcool pour accepter "ça" ! ».

« Ça, cette auto-destruction. Je les vois bien, toutes ces femmes qui m'entourent, elles se souillent par tous les orifices de leur corps, pour aboutir à quoi ? À éteindre, à épuiser cette revanche sur la vie, plus qu'à assouvir cette revanche sur les hommes qui, pour moi aussi, dit encore Madeleine, nous taraudent néanmoins toutes ! ».

Il n'y a pas de personnalité-type, mais chez toutes ces femmes existent une importante fragilité affective et une certaine immaturité émotionnelle. Ce sont des constantes frappantes. Bien évidemment, toutes ces femmes admettent que, dans le système prostitutionnel, l'on n'y entre pas par hasard.

Brigitte me dit que chez toutes ses compagnes d'infortune, les traits dominants sont constamment : "l'angoisse d'abandon", le rejet, les frustrations affectives intenses et de douloureuses difficultés d'identification sexuelle ».

« Suis-je une femme », dit Alice ? Qui ajoute : « Suis-je un homme ? Un androgyne ? Une transvestie ? Un transsexuel ? » La brouille est aujourd'hui totale... Mais, au fond, « qu'est-ce qu'être une femme ? », ajoute Nadia. Nous y voyons là, dans une telle embrouille des sexes et des genres, dans une telle confusion, une preuve, à nos yeux, que ce qui n'a pas été reconnu, c'est ce que nous appelons le féminin.

À quoi s'ajoute une carence quasi-complète de la fonction paternelle vis-à-vis des filles, face à des mères castratrices. Et des violences ; des violences de toutes sortes.

Car les pères ont presque toujours des images d'hommes très faibles et les mères apparaissent alors comme dévorantes et très possessives. Les jeunes femmes, telle Hélène, se trouvent face à elles dans un rapport complexe où se mêlent « la haine », dit-elle tout de suite, et, surtout, dramatiquement, une demande éperdue et insatiable d'amour. Il y a dans la prostitution, sorte d'exagération extrême de l'image de la femme sur son versant de la féminité, d'une féminité hurlante, une recherche d'identité, c'est-à-dire une quête du féminin. Les importants traumatismes de l'enfance, parmi lesquels le viol par le père ou son substitut en position d'autorité ont, la plupart du temps, en ce cas-là, tout brisé du devenir sexuel de la fille.

« L'argent, dit Claudine, a pour moi une valeur symbolique qui est censée me permettre une revalorisation par rapport à des sentiments d'indignité et d'infériorité très forts que j'avais éprouvés avant l'entrée en prostitution ». « C'est également, pour moi et pour beaucoup d'autres femmes comme moi, le moyen de faire payer aux hommes un dommage ». Elle croit, par cette pratique, acquérir le pouvoir, en fait le phallus imaginaire manquant. Cependant, cet espoir est, à la longue, profondément et inéluctablement déçu.

« La dépression et le besoin d'excitations sont massifs et quotidiens », ajoute Corinne.

« Toutes ces raisons incitent les femmes comme nous à chercher une solution dans la prostitution, car c'est un milieu qui nous met aussi en danger... Et le danger, on connaît... ! ». Le danger est une source importante d'excitations, ces excitations entretiennent chez la femme prostituée une forme de jouissance morbide.

À écouter longuement toutes ces femmes en prostitution, on peut repérer qu'il a existé une hostilité très importante, éprouvée dès la naissance, de la part de l'entourage familial ou social.

Une forte concentration d'évènements physiques et psychiques a émaillé aussi l'histoire de leur corps, et la sexualité y a toujours été omniprésente.

Une effraction sexuelle est à l'œuvre ou de simples paroles, ou encore des comportements et attitudes méprisants, abaissants, relatifs à la sexualité par des personnes incarnant l'autorité. Ces paroles et attitudes, souvent insultantes, agissent comme des messages, voire même des ordres, qui pourront pousser la petite fille, parfois beaucoup plus tard, vers la prostitution.

On peut se demander si le comportement ostentatoire, provoquant, de la prostituée, est adressé à quelqu'un ? Toutes ces femmes répondent qu'elles en veulent tout particulièrement et bien souvent à la mère. C'est adressé à la mère... mais sous le regard convoqué du père. Il y a un "regarde ce que tu as fait de ta fille !". Comme acte, cet acte sexuel tarifé, sans plaisir apparent, autorisé ou avoué – sauf sur le mode de la provocation –, est rendu possible, m'expliquent-elles en bonnes sociologues féministes, « parce qu'une société machiste, phallocentrique, en autorise, voire en prescrit la pratique ». Une telle pratique de la prostitution, cette société l'organise, en effet, en exploitation de la femme et fait écho à un type de fonctionnement familial, de longue date, présent et vécu chez ces sujets.

En outre, l'angoisse d'abandon se lie à des comportements de dépendance : à l'alcool, aux drogues parfois les plus dures, au proxénète tout particulièrement. La défaillance quasi générale de la fonction paternelle est récurrente et patente. Mais la femme prostituée veut, nolens volens, à chaque fois éprouver sa séduction. Elle engage alors un véritable effort de construction et, dans le même mouvement, ce qu'elle ne perçoit pas tout de suite, de destruction de la femme qu'elle est. Elle se situe constamment entre pulsion de vie et pulsion de mort, ce qui la ronge et, parfois, va même jusqu'à la tuer.

Il faut noter aussi, à un certain moment de leur histoire, qu'il se produit une blessure sexuelle du corps. Corps malmené, écrasé, chair déchirée, os fracturés, plaies et cicatrices à des endroits du

corps symboliquement sexuellement investis : sexe, seins, face intérieures des cuisses, ventre, fesses...

À les écouter, je me dis que les femmes prostituées règlent des comptes avec le féminin, bien plus qu'avec le masculin et qu'elles tiennent, au fond, les hommes pour de simples moyens de cette fin. Car le féminin - je ne dis pas la féminité, même si celui-là participe activement à la construction de celle-ci, c'est bien là le fond de la question. Un féminin qui a été écrasé, anéanti avant que de pouvoir naître et se constituer dans l'être même du sujet-femme.

Ainsi, la prostitution nous apparaît, paradoxalement, comme une façon de s'adapter, "comme on peut", aux traumatismes causés par les abus sexuels antérieurs. Et, être traitées en objets sexuels, ce n'est en somme, pour certaines, que continuer de faire ce qu'elles ont appris lors d'agressions sexuelles subies et répétées. Il s'agit, en somme, de la répétition d'une fonction à laquelle elles ont été assignées et qu'elles rejouent plus ou moins activement en quelque sorte. En réalité, elles se déstructurent en pensant se venger. Elles paient cher, en réalité, le fait d'avoir été victimes. Mais elles le redeviennent...

La violence subie se reproduit, soit en conduite active d'auto-destruction, soit en état de dépendance et de passivité. Seul l'argent, comme dimension fantasmagique, économique-sociale, de la prostitution, « permet de se faire croire » dit Nadia, qu'elle ne subit pas.

« C'est une illusion », reconnaîtra-t-elle plus tard.

Violentée petite fille, Bernadette, découvre en elle, par l'analyse, ce que l'on peut appeler un "noyau traumatique" qui la ronge et la hante, mais dont elle voudrait se défaire. Paradoxalement, ce noyau traumatique exige en même temps qu'elle le nourrisse constamment de nouvelles blessures, à son corps défendant. Si elle cède à cette incitation récurrente venue en droite ligne des horreurs subies d'autrefois, elle peut être tentée, par vertige, par fascination aussi, de remonter sur

la scène du malheur, laissant son corps aliéné aux mains d'un, soi-disant, "client", placé en position d'agresseur-voleur, l'argent convenu accédant l'illusion d'une transaction commerciale. Elle remet alors en acte une scène originelle qu'elle ne parvient pas à symboliser ; elle se "ré-expose", et répète, via l'autre l'agressant, les violences d'antan. Elle recompose, ré-agence les éléments du primitif crime dont elle fût la victime. Elle se soûle et prolonge son malheur, parfois dans une jouissance obscure, dans son asservissement d'aujourd'hui.

On sait que l'entrée dans la prostitution est la conséquence de facteurs multiples, d'un enchevêtrement de raisons, certes personnelles, mais aussi - il est essentiel de le rappeler - sociales et économiques, tant la prostitution est non seulement tolérée mais organisée et encouragée par nos sociétés comme un mal nécessaire et, aujourd'hui, parfois, comme une profession comme les autres, comme les autoproclamées "travailleuses du sexe", mises en syndicat.

L'un des piliers de cette exploitation vivace, reste, nolens volens, la détresse personnelle. L'acte prostitutionnel apparaît en effet comme un symptôme de souffrances profondes et une tentative, qui va s'avérer erronée, car en impasse, de recherche de solution face à ces souffrances.

Les plus jeunes des femmes qui se prostituent apparaissent, elles, surtout comme souffrant de frustrations graves, avec un grand besoin de sécurité, de valorisation, de plaisir aussi. Les dimensions de dépression chronique et d'auto-punition ne sont pas rares, conséquences directes des perturbations de l'affectivité.

On retrouve chez Corinne, Marie et Nadia, des attitudes de l'entourage qui ont dénié à l'enfant ou à l'adolescente qu'elles avaient une sexualité propre. Et les traumatismes à caractère sexuel viennent s'ajouter aux autres, mort des proches, accidents, ruptures violentes, abandons...

Il n'en reste pas moins, redisons-le, insistons, que la femme prostituée veut prouver, à tout prix,

sa séduction en se faisant "girl=phallus", équation imagée classique, rappelée par Lacan. Elle engage un véritable effort de représentation de la féminité, un effort de construction osée, mais aussi, en même temps, en creux, se dévoile l'envers

de la médaille qui se traduit, concomitamment, par un effet de destruction inévitable du féminin de la femme qu'elle est, toujours oscillant entre pulsion de vie et pulsion de mort, qu'elle ne maîtrise aucunement, mais dont elle pâtit.

Toute jeune fille, toute femme, doit désormais ne pas pouvoir ignorer qu'elle peut lutter et s'en sortir, à condition de ne pas rester muette, mais de dire, d'aller parler de ce qu'elle subit des "père-versions". Parmi d'autres professionnels, c'est la place et la fonction d'un psychanalyste de l'accueillir dans sa souffrance psychique.

Association psychanalytique Gynépsy – loi 1901
Siège social : 74 rue Dunois – Paris 13^{ème}
06 81 25 48 56
contact.gynepsy@gmail.com
<https://gynepsy.wixsite.com/website-2>

Jean-Michel LOUKA
Psychanalyste

Sandra AHMED LALOU
Psychanalyste non-praticienne
Paris, le 13 août 2019

1. Premier vers de L'Enfer, de la Divine Comédie de Dante, trad. Jaqueline Risset, Illustré par Sandro Botticelli, La petite collection, Diane de Selliers Éditeur, 2008.
2. Emmy von N. des « Etudes sur l'Hystérie », breuer/Freud, 1895.

L'endométriase, du côté de la psychanalyse

Introduction

L'endométriase est une « maladie », au sens objectif de la médecine, et de l'OMS. À ce titre, elle doit être traitée comme telle avec les moyens que la science met à la disposition et de la médecine et de la chirurgie d'aujourd'hui. Selon Santé publique France, l'endométriase toucherait environ 10 % des femmes et elle concernerait près de 40 % des femmes souffrant de douleurs chroniques pelviennes.

Mais, l'endométriase peut aussi être abordée comme un « symptôme », au sens subjectif que lui donne la psychanalyse. Celui-ci vient et doit être accueilli par le psychanalyste comme tel, dans un premier temps. Il n'est pas, ici, seulement le signe d'une maladie. Il fait cependant point d'appel, pour le psychanalyste, à un conflit, un nœud de significations en souffrance, celui du sujet comme structure et celui du sujet comme histoire. Il est la mémoire d'un événement traumatique, d'un trauma qui concerne le sujet.

On se départira ici d'un corps pure machine. Ce fut pourtant à la mode scientifique, et au XVII^{ème} siècle, Descartes (1596-1650) y croyait fermement. Pour lui, seul le corps se réduisait à une machine, pas l'âme. Ce qui n'était pas le cas, au XVIII^{ème} siècle, pour le médecin et philosophe Julien Offroy de La Mettrie (1709-1751), qui voulut que tout de l'homme soit « machine ». Il en rêva en 1748 en énonçant : « L'âme n'est qu'un vain terme dont on n'a point idée. Concluons donc hardiment que l'homme est une machine ».

La même idéologie est à l'œuvre à l'ère contemporaine où un « homme neuronal » ferait bien l'affaire à réduire ce que nous sommes à nos composants neuro-biologiques. La même idée préside à la pensée d'une « biologie des passions ».

De facto, un être humain s'avère être tout autre chose

René Descartes fut à l'origine d'une polémique, qui s'étendit sur un bon siècle, en énonçant que : « Lorsqu'une montre marque les heures par les moyens des roues dont elle est faite, cela ne lui est pas moins naturel qu'il n'est à un arbre de produire des fruits. » Descartes était le conseiller de la pensée de la reine Christine de Suède. C'est à elle qu'il entreprit d'exposer sa conception de l'homme machinique sur le modèle mécanique des montres et autres horloges. Mais celle-ci, alors, de lui répondre... : « Je n'ai jamais vu ma pendule faire des bébés. » Ceci n'empêchera pas le philosophe et mathématicien Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), d'écrire, au début du XVIII^{ème} siècle, en 1704, que : « Tout ce qui se fait dans le corps de l'homme est aussi mécanique que ce qui se fait dans ma montre. ».

Le philosophe allemand Emmanuel Kant (1724-1804), distingue la machine du vivant. Il explique alors en quoi, dans une montre, un rouage de celle-ci est la cause efficiente d'un autre rouage. C'est-à-dire qu'une partie de la montre n'existe pas par une autre, mais bien pour une autre. Autrement dit, la cause de la production des rouages ne se trouve pas en eux, elle se trouve en dehors d'eux. Elle émerge dans un être capable de mettre ses idées à exécution, soit ce qu'on appelle un « inventeur ».

Par exemple, lorsqu'elle se dérègle, la montre ne saurait en aucun cas se réparer elle-même, ou compenser, ou encore reproduire les éléments qui lui sont soustraits. Et c'est à cet endroit, précisément, qu'un organisme diffère : il s'autoformate, il s'autorégule. Kant dira : « Les êtres organisés doivent s'organiser eux-mêmes ». Alors qu'une machine, jusqu'à aujourd'hui ne se reproduit pas. Aucune partie de la machine n'est construite par une autre partie, ni par la machine entière, et aucune machine totale, aucun « tout » n'est construit par un « tout » de la même espèce.

À peu près un siècle plus tard, le grand physiologiste français Claude Bernard (1813- 1878), armé

de la méthode scientifique pour les sciences expérimentales, énonce sa thèse : « Ce qui caractérise la machine vivante, ce n'est pas la nature de ses propriétés physico-chimiques, si complexes qu'elles soient, mais bien la création de cette machine qui se développe sous nos yeux dans des conditions qui lui sont propres et d'après une idée définie qui exprime la nature de l'être vivant et l'essence même de la vie ».

La psychanalyse, en son invention freudienne, n'ajoutera que peu de chose à ceci, avec la reconnaissance de l'inconscient. Qu'est-ce que l'inconscient dans tout cela ? Par rapport à la thèse, ci-dessus, de Claude Bernard : un ajout, un complément. Il faudrait ici, pour tenir compte de l'inconscient, dire que, concernant l'Homme, s'ajoute cette sorte de moteur infini qui s'appelle l'inconscient. Car l'inconscient, c'est ce qui se met en travers, ce qui ne marche pas et qui s'exprime, précisément, par le symptôme, un symptôme (un « savoir emmerdant », disait Lacan)... Et pourtant ce qui ne marche pas, c'est ce qui permet, paradoxalement, dans le monde humain, que... cela marche, ... même si ce n'est qu'en boitant (Œdipe...). Le dysfonctionnement, dû à l'irréductible dimension de l'inconscient, c'est ce qui fait fonctionner l'Homme... !

Il faudrait donc, une fois pour toutes, se départir de l'illusion d'une maîtrise de la « psyché » par l'anatomo-physiologie, voire même d'une réduction du psychique à l'organique. Ce n'est pas la science, mais l'idéologie de la science qui voudrait, et qui s'applique par ce biais scientifique plus que scientifique, à débarrasser le corps, et nous avec, des inconvénients du désir, i.e. des inconvénients de l'existence, chez l'Homme, cet animal dé-naturé (par le langage), de l'inconscient.

Cependant, comme l'on distingue la science de l'idéologie de la science et les scientifiques des scientifiques, il ne faut pas confondre le discours médical avec la médecine et les médecins qui se confrontent quotidiennement à la dimension globale de la souffrance du « parlêtre » (Lacan) en son corps. Ils savent bien, quand on les interroge, que leurs patients ne se réduisent pas à un ensemble d'organes et de fonctions.

C'est d'ailleurs bien pour fuir l'angoisse d'une dysharmonie plutôt rencontrée quotidiennement dans la pratique de tout un chacun que le rêve machinique est promu avec une telle insistance, une telle puissance, sous couvert de « La Science »,... qui n'en peut mais !

Le rêve de La Mettrie devient ainsi de nos jours une croyance de masse. Ignorant alors, de plus en plus, pourquoi ils vivent, désirent, aiment et meurent, les hommes sont tout disposés à croire que leurs gènes les programment, décident par avance pour eux, comme autant de puissances qui, inéluctablement, les dominent et, finalement, les contraignent. Leur vie leur échappe, ils la remettent alors entre les mains des médecins et se font docilement les « enfants sages » des prescriptions de la Santé publique pour un nouvel hygiénisme, au service du contrôle médico-social des corps, c'est-à-dire des vies.

À partir des années 1980, et avec l'effondrement des grandes croyances religieuses et politiques sur lesquelles l'humanité avait jusqu'ici réglé ses conduites, L'Homme-machine, c'est le rêve-perspective d'un corps de type autiste, c'est-à-dire d'un corps sans parole, mais aussi d'un temps où l'on ne bavarde plus, c'est-à-dire d'un temps exclusivement consacré à la mesure, libéré de toute socialité de l'Homme, autrement dit un temps « scientifique ». Impersonnellement, « on » mesure. Plus de sujet parlant, car celui-ci en son existence risquerait assez vite de contredire l'enchaînement purement autarcique des causes et des effets, relancé par un feed-back infini et depuis toujours inscrit dans les gènes... Le sujet, enfin objectivé !

Du sujet et de la psychanalyse

L'idée d'une autonomie du corps est un rêve scientifique. Ce rêve voudrait que l'on puisse traiter du corps comme d'un paquet d'organes dont l'historisation et la subjectivation deviendraient parfaitement inutiles, obsolètes : des corps sans sujet, sans passé, sans lendemain... Il existe, cependant, un sujet et, donc, par voie de conséquence, une causalité psychique, à ce corps et à ses maux. C'est la thèse, en tout cas, que soutient depuis plus d'un siècle la psychanalyse en sa naissance freudienne. Elle se situe ainsi du côté des lumières, contre l'obscurantisme de l'idéologie

d'un corps réduit à l'organique pur. L'angine, les cystites, l'herpès, les otites, certains ulcères de l'estomac,... sont des maladies dont la nature infectieuse est largement prouvée et bien admise par le public.

Pourtant, leur causalité est le plus souvent psychique comme s'accordent à le penser non seulement les analystes mais encore la plupart des praticiens de la médecine clinique quotidienne la plus ordinaire. Il est évident, et impératif, qu'elles doivent être traitées comme des maladies infectieuses avec les moyens médicaux ou chirurgicaux adaptés. Mais si l'on prend la voie d'ignorer que les remèdes portent seulement sur les effets, la rechute surgira d'autant plus, d'autant mieux et plus vite, que l'on croira connaître, ou avoir cerné la cause. La répétition de l'affection indiquera qu'il s'agit là d'un autre enjeu, celui d'une causalité, possiblement psychique, qui doit être accueillie comme telle, et non pas ignorée, voire méprisée.

Cette causalité psychique est le plus souvent refoulée, c'est-à-dire inconsciente. Face à la souffrance psychique dont la cause active est ainsi refoulée, le médecin, dans sa pratique quotidienne (de par sa formation reçue à la Faculté autant qu'à l'Hôpital), s'échinera à dissocier le sujet de son symptôme et de fait, fera fi de ce que ce dernier cherche à dire. La seule prise en charge et le traitement du symptôme par la rationalisation, la normalisation de celui-ci par le médecin désengage le sujet. Ce n'est donc plus son affaire, mais celui de la médecine. La réponse viendra d'elle et uniquement d'elle.

Pour la psychanalyse, le sujet, eh bien... c'est justement ce que l'expérience fait naître ! Et pourtant, cela ne veut pas dire, paradoxalement, que l'expérimentation serait exclue du champ de cette discipline. Elle se fera précisément, non pas avec un objet, mais grâce à une collection de sujets.

En effet, qu'est-ce qu'une cure psychanalytique ?, sinon ce qui permet de subjectiver des traumatismes inconscients. Ce qui a pour effet, direct, de réduire considérablement et durablement les conséquences symptomatiques.

Cependant, un traumatisme se produit à chaque fois dans des circonstances qui sont propres à chaque personne, à chaque sujet. Ainsi cette expérience du traumatisme personnel n'est pas, en soi, généralisable, ni, bien entendu, reproductible. Néanmoins, c'est après-coup que le psychanalyste se fait expérimentateur, chercheur, en tirant les invariants communs à plusieurs cures. Ce qui a fait dire que la psychanalyse, en quelque sorte, s'expérimente à l'envers.

Chaque cas est, bien sûr, particulier et l'on se saurait expérimenter en psychanalyse des êtres humains comme on le fait ailleurs des animaux de laboratoire. Le plus important à reconnaître ici est le fait d'expérience suivant : plusieurs analyses peuvent être mises en série et il apparaît alors des régularités, lesquelles peuvent être par la suite vérifiées dans d'autres cas. Chaque cas est aussi singulier, mais n'en correspond pas moins à des types, des genres, des structures psychiques.

Chaque cas fait apparaître des règles, des modes de formation, de constitution du symptôme, comme du comportement, même si la logique, celle de l'inconscient, qui y préside, n'est pas précisément aristotélicienne.

Il existe donc bien du généralisable en psychanalyse, en recherche psychanalytique, et le généralisable appartient de droit, par définition, au domaine de la science.

Pourtant, depuis son origine, même avant son démarrage scientifique, le médecin guérit un individu, et depuis un peu plus d'un siècle la psychanalyse le fait aussi, à sa manière, d'un sujet.

La psychanalyse a d'abord été inventée dans une visée thérapeutique. C'est dans ce registre qu'elle subjective le savoir inconscient - c'est sa fonction princeps -, lequel est cristallisé, mais se révèle aussi, sous la forme des symptômes. Pour Lacan, le symptôme, c'est ce qui vient du réel.

L'origine, c'est le traumatisme. Au moment du surgissement de l'évènement traumatisant, que s'est-il passé pour le sujet ? Le plus souvent, le sujet ne voulut rien en savoir. Pourquoi ? Parce que c'était insupportable, le sujet n'avait pas les moyens de faire face à la situation, les moyens de « penser », de métaboliser par la pensée,

ce qui lui arrivait, dans une certaine brutalité, dans une certaine violence. Ensuite, eh bien, ensuite,... ce savoir ressurgit : le symptôme, littéralement, « écrit », sur le corps, voire dans le corps (maladies auto-immunes, tumeurs cancéreuses, endométriose (?),...), ce que le sujet a parfois voulu ignorer.

Chose à chaque fois surprenante dans l'expérience du psychanalyste, c'est la subjectivation de la parole qui, à ce sujet, lui redonne vie au point même où l'évènement traumatisant le paralysa. Et ce qui lui permet une telle libération s'appelle, depuis Freud, une cure psychanalytique. Cette libération advient, surgit même quelques fois assez brusquement, vivement, avec l'advenue du sujet qui manquait à un savoir inconscient jusque-là sans sujet, impersonnel, et qui s'appelle le symptôme.

Qu'est-ce qu'un symptôme pour la psychanalyse et les psychanalystes, ces praticiens de l'inconscient ? Le symptôme c'est l'abri où se réfugie un savoir particulier,... mais sous une présentation généralisable. Ainsi, chaque expression, formation de l'inconscient (issue de l'inconscient), qui est unique (c'est-à-dire jamais produite avant par quiconque et dont les présentations peuvent varier à l'infini), est le tenant-lieu d'une condensation d'un traumatisme passé, lequel vient à être re-présenté par des symboles, dans l'actuel, et se présente ainsi comme lieu de mémoire. A contrario, les symptômes physiques qui résultent de ces formations de l'inconscient se ressemblent la plupart du temps, ils peuvent, de ce fait, être classés en types ou en genres. La symptomatisation se fait donc d'une manière relativement uniforme. Une migraine, des maux de gorge, une rage de dents,... n'ont aucune singularité et le médecin pourra les décrire d'une manière objective, généralisable, sans avoir à tenir compte des particularités psychiques du sujet dont ils procèdent, celles-ci relèvent cependant du savoir d'un seul sujet. Elles sont aussi subjectives quant à la cause.

Pourtant, tenir compte des symptômes et des comportements tel que s'y exerce le psychanalyste est la seule façon d'arriver à cet ordre de savoir qui est celui de la structure.

Grâce à l'ensemble des formations de l'inconscient réunis par l'observation et l'écoute attentives, le psychanalyste saura de quelle structure psychique ressortit son patient : névrose, psychose ou perversion. Ce qui aura son importance pour aborder et réduire le symptôme, mais aussi libérer le désir dudit sujet. Seuls importent les détails uniques de l'histoire du traumatisme.

Le psychanalyste est un praticien qui a affaire constamment à des répétitions et des régularités symptomatiques. Celles-ci, notons-le, ont, de facto, la même valeur que l'expérimentation. Ces singularités qui s'expriment dans le discours de son analysant, le psychanalyste doit les saisir, il le fait grâce à la théorie psychanalytique. Mais il doit affronter surtout la singularité d'un savoir particulier, lequel n'est autre que l'occurrence unique d'un savoir général, et peut resubjectiver le symptôme, qui, lui, n'est autre qu'un savoir sans sujet. Cependant, il faut retenir que ce n'est pas précisément le savoir qui est opérationnel dans la cure.

Question : comment subjective-t-on un savoir ? Le savoir de l'inconscient ne déroge pas au savoir de toute science. Le savoir de l'inconscient, lui aussi, se passe du sujet, bien qu'il possède, en plus, la particularité de ne pas être réflexif. En somme, c'est un savoir qui s'ignore lui-même.

De son côté, l'analyste ne délivre pas un savoir aux vertus curatives comme tout un chacun. Il n'enseigne pas plus une sagesse qui, par exemple, permettrait de se faire une raison devant un mal inévitable, désormais accepté, bon gré, mal gré.

Non, l'analyste agit par... sa présence, son écoute particulière. Sa présence corporelle, tout d'abord. Complémentaire du « je » qui s'exprime, la présence de l'analyste produit cette sorte d'étincelle subjective, ce déclic qui va défaire l'objectivation du symptôme. Dans l'analyse, il s'agit moins de la découverte d'un savoir – comme on le croit très souvent, que de la subjectivation d'un savoir inconscient, dont la présentation courante a pour nom : le symptôme.

Des femmes et de l'endométriose

Nul ne doute que des processus psychiques s'articulent à l'organique. Mais le fonctionnement psychique ne saurait se réduire à celui du cerveau. Le corps n'est pas qu'une machine dont il suffirait de démonter les rouages pour la comprendre.

La découverte freudienne a aujourd'hui plus d'un siècle d'existence. Elle a développé et assuré sa théorie et sa méthode dans les dernières décennies. Sa pratique s'est développée et son champ s'est élargi. Mais elle n'en reste pas moins souvent rangée dans l'esprit d'un large public, mal ou peu informé, parmi les croyances qui font, parfois, de l'effet, mais sans avoir fait « scientifiquement » leurs preuves. Lorsque que la guérison survient, en psychanalyse, l'on s'entend dire, doctement : « une guérison ne prouve rien » !

Les jeunes femmes souffrant d'endométriose ne sont pas du tout préparées à accueillir autre chose que la démarche dite « scientifique » à laquelle se réfère, pour son efficacité, la médecine d'aujourd'hui. Le discours dominant, c'est le discours médical. Lorsque l'on révèle à une jeune femme qu'elle souffre d'une maladie que la médecine nomme « endométriose », et qu'on lui explique le comment des diverses implantations ectopiques des cellules endométriales dans son corps féminin, et des conséquences à attendre pour celle-ci sur le plan algique, certes, mais surtout dans cette anxieuse perspective de la reproduction, on l'entraîne brutalement dans des champs qui lui sont, la plupart du temps, naturellement parfaitement étrangers : l'anatomie, la physiologie, l'immunologie, l'endocrinologie...

Elle, elle ne retient, pour sa part, qu'une chose : elle souffre d'une maladie organique qui la dépasse, et sur laquelle elle pense qu'elle ne peut rien. Elle perd ainsi la maîtrise d'une « réponse » qui désormais n'appartient qu'au médecin. Seul le médecin est à même de l'aider à moins souffrir et, seul le médecin représente l'unique espoir de lui permettre, au mieux, d'avoir, un jour, mais quand ?, les enfants qu'elle souhaite.

Elle se retrouve ainsi esseulée, profane, face à ce qu'elle perçoit, à travers le médical, comme étant la science universelle toute puissante qui la destitue de toute capacité à « s'en sortir » seule, c'est-à-dire par elle-même. Cette situation l'hystérise et place son médecin, son chirurgien en position de maître. C'est au couple hystérique-maître auquel l'on va devoir dorénavant avoir affaire.

Alors, simplement attirer son attention sur autre chose que sur le savoir médical et la pratique chirurgicale concernant son corps organique, c'est lui faire affront. Pourquoi ?

Donc, reproductible. La médecine a pris cette voie : elle ne guérit pas (ou plus) par suggestion, mais elle recourt à la méthode scientifique depuis un bon siècle et demi environ (Claude Bernard, Pasteur, Bichat...). Mais la psychanalyse prétend aussi, comme la médecine moderne, à la science. C'est pourquoi elle a, avec Freud, elle aussi, abandonnée la suggestion en laissant à d'autres (les psychothérapeutes, et... quelques médecins) les pratiques de l'hypnose, mais encore, par exemple, elle a renoncé à la pression de la main sur le front accompagnée de l'injonction, pour le patient, de se remémorer, comme Freud, lui-même, l'utilise et le rapporte, avec Breuer, dans leurs Etudes sur l'Hystérie [1895].

La psychanalyse s'est résolument placée sur le chemin de la cause, afin de l'accueillir dans le champ de la parole et de permettre ainsi au sujet de la subjectiver dans le but de s'en déprendre. Parce que c'est la faire un tant soit peu chanceler dans son état exclusif de « malade » de « patiente », c'est-à-dire douter de son plein statut de victime. C'est rouvrir cet éternel et impossible débat, pour elle qui n'en veut pas, entre le corps et l'esprit, entre l'âme et la matière, entre l'organique et le psychique. Son corps est bien là, mais sa tête est ailleurs, obturée.

Elle est malade, et bien naturellement elle veut qu'on la soigne, plus, qu'on la guérisse. Cela passe par les médicaments, cela doit se plier aux interventions du chirurgien, soit... mais que l'on n'aille pas lui parler d'autre chose que de son organique de corps. De la psychanalyse et de

ses prétentions à évoquer une autre dimension que celle du corps organique, du psychanalyste qui l'interroge sur ce qu'elle, en tant que sujet, pense de tout cela, sur l'histoire de ce corps aujourd'hui souffrant, sur la survenue et les circonstances de ses premières règles, sur sa rencontre avec la sexualité, plus précisément de la question du sexuel pour elle et de son corps comme corps, aussi, de jouissance... Ah non ! Pas ça.

Et pourtant, comment lui expliquer que la psychanalyse n'entre pas dans cette dichotomie du psychique et de l'organique ? Quelle a été mal renseignée. Que l'inconscient existe bel et bien et que Freud a été dans l'obligation d'inventer un étrange concept en forgeant celui de pulsion.

Le concept de pulsion : un janus bi-frons

La pulsion introduit une nouveauté radicale. Elle dialectise toute opposition du mental et du cérébral, au point même de l'invalider. La psychanalyse est née en s'appuyant sur ce concept unique que l'on pourrait dire à double face, ou bi-frons. Grâce à ce concept purement psychanalytique, la psychanalyse souligne, dès ses débuts freudiens, que l'opposition du psychique et de l'organique ne la concerne pas. Il n'était pas même question que cette discipline à vocation scientifique - de Freud à Lacan, cette position n'a jamais varié -, reprenne à son compte, par exemple, le parti du spirituel contre le charnel, prenant la suite, dans le droit fil des Églises qui, durant tous ces siècles ont maintenu, précisément au nom de cette opposition, un parfait obscurantisme... ! Quant à l'inverse, le charnel contre le spirituel, elle laissera cela à la science, précisément. La science, médicale en l'occurrence, ne considère un corps, que réduit à son organisme.

Mais l'on remarquera que dès que le psychisme n'est plus opposé au corps, la bataille du psychanalytique et du scientifique perd sa raison principale et que la haine est vidée de son sens. La localisation n'est pas la compréhension.

Vers la fin de sa vie, Sigmund Freud écrit : « De ce que nous appelons psychisme [...] deux choses nous sont connues : d'abord un organe somatique, le lieu de son action, le cerveau [...]

et ensuite nos actes conscients dont nous avons une connaissance directe, et que nulle description ne saurait nous faire mieux connaître. Tout ce qui se trouve entre ces deux points extrêmes nous demeure inconnu, et s'il y avait entre eux quelques connexions, elles ne nous fourniraient guère qu'une localisation précise des processus conscients sans nous permettre de les comprendre ».

Le concept de pulsion est une invention freudienne. Il apparaît alors bien comme un concept fondamental de la psychanalyse. Il est nécessaire de bien comprendre ce que Freud dit, quand il dit que la pulsion est un « concept limite entre le somatique et le psychique. » Cela ne signifie pas que ce serait le concept qui serait limite, mais que c'est un concept de la limite, c'est-à-dire de ce qui se produit sur cette frontière, sur cette limite, pour autant que l'on puisse appeler tel le retournement du psychique en somatique, retournement sans lequel il n'y aurait pas même de psychique.

Il faut ici, aussi, retenir le mot de Lacan qui définit, à notre sens, parfaitement la pulsion, en condensant avec une grande pertinence sa formule lorsqu'il énonce que c'est : « l'écho d'une parole dans le corps ».

C'est à partir de la mère (celui ou celle qui remplit cette fonction), de ses demandes exorbitantes de satisfaction que s'enclenche la pulsion du côté de l'enfant. C'est d'abord un plaisir pour l'enfant mais, très rapidement, c'est trop, ce que la mère demande, exige ! C'est bien, mais c'est trop ! Trop cela devient incestueux, et se retourne en son contraire. Les pulsions sollicitées imposent une pression trop forte à l'organisme. Elles sont alors rejetées au-dessus d'un certain seuil, d'une certaine limite. C'est le cas, par exemple de l'anorexie mentale du nourrisson qui témoigne de la trop grande pression, un excès de l'investissement de la pulsion orale du bébé par la demande maternelle. Cet excès déclenche ce que Freud appelle dans un premier temps, en 1915, un « refoulement primordial » de la pulsion, puis dans un second temps, dix ans plus tard, il le nomme plus justement un « rejet ». Le rejet s'illustrera par des vomissements, la défécation, les cris, l'envie brutale d'uriner dans certaines situations.

Tout cela ne se fait pas sans une certaine jouissance, laquelle peut se définir comme la part de déplaisir dans le plaisir, intriqué au plaisir. Chez l'enfant,... mais aussi chez l'adulte.

On l'aura bien compris : la première détermination que subit un sujet, c'est d'être l'objet de jouissance de l'Autre (la mère au départ). Ce qu'il accepte, mais ce qu'il accepte jusqu'à un certain point. « Dire non » et « faire un choix » définit le sujet, un sujet de plein emploi, un sujet accompli comme sujet, parfois nécessairement un sujet passé par l'analyse.

C'est à cet endroit que l'on peut repérer la position de la psychanalyse par rapport aux autres sciences, dans cet écart entre une causalité toujours à venir du sujet et les déterminismes dont le sujet humain ne veut pas et qu'il refoule (rejette). Il est alors dans l'action et ce qu'il refoule, dans le même temps, se met à causer son désir, lequel, littéralement, le projette en son destin.

La structure psychique d'un être humain procède de la façon avec laquelle le sujet va dire « non » au désir de l'Autre (de la mère au début, puis...). La théorie de la clinique psychanalytique a repéré et défini ces modalités de la négation dans leur rapport au déterminisme, et compte tenu des structures psychiques. Il s'agit du refoulement pour les névroses, du déni, pour les perversions, de la forclusion, pour les psychoses.

Qu'en est-il de l'abord de la psychologie médicale, laquelle n'est pas la psychanalyse, concernant l'endométriose et - ce qui n'est pas nécessairement la même chose -, concernant les sujets femmes souffrant de cette affection, que les médecins nomment « endométriosiques » ?

Alain Audebert, spécialiste de l'endométriose en France, pose la question, qui donne le titre à son article d'avril 2006 : La femme endométriosique est-elle différente ? Il y répond d'entrée de jeu, au niveau de son introduction : « De plus en plus de faits laissent à penser que la femme atteinte d'une endométriose présente des caractéristiques qui la rendent différente des autres femmes. [...] ».

La revue de la littérature internationale qu'il réalise nous montre ce que la recherche attrape de significatif concernant la dimension psychique engagée chez les femmes endométriosiques.

Ces études mettent en évidence que les femmes souffrant d'endométriose ont un développement psychosexuel influencé négativement par cette affection. Elles remarquent aussi que ces femmes, ces patientes entretiennent avec autrui, en général, et avec leurs médecins, en particulier, des relations modifiées.

Mais, ce qui vient d'abord en avant dans les résultats de ces études, c'est l'anxiété. Toutes les études s'accordent à considérer que le niveau d'anxiété est plus élevé chez les femmes endométriosiques, ce qui les rend plus sensibles au stress, mais aussi à une plus grande préoccupation somatique ; elles sont sujettes aussi à des douleurs plus sévères. Et les auteurs notent, en outre un retentissement social plus important dans leur cas. Cette anxiété étant plus grande, certains auteurs pensent que cela rend ces femmes plus aptes à développer une endométriose. Elles ont des scores plus élevés pour : la dépression, l'hypochondrie, l'anxiété, la psychasthénie et la tendance à la névrose ; pour l'introversion, la névrose, le psychotisme et encore l'anxiété. Les femmes endométriosiques ont un profil psychologique différent des autres algiques.

Enfin, il faut encore retenir la mise en évidence de l'importance des facteurs psychosomatiques, psychosexuels, sociaux et biographiques. Ce qui amène Alain Audebert à conclure que : « La femme endométriosique, et plus particulièrement celle qui souffre et présente des lésions sévères, n'est pas comme les autres ».

Il ajoute, après avoir rassemblé tous les autres arguments des dimensions bio-médicales de cette « femme pas comme les autres. » : « [...] Elle réunit aussi diverses particularités [...] et enfin des troubles psychologiques, qui sont retrouvés dans d'autres pathologies somatiques douloureuses. [...].

Le tableau ainsi dépeint de la femme endométriosique est assez chargé, ne serait-ce que du point de vue psychique, point de vue que nous privilégions ici. Il justifie de s'y intéresser de plus près. Quelque chose se passe au niveau psychique des sujets femmes souffrant de cette affection, ... mais quoi ?

Jean Bélaïsch, grand spécialiste français de l'endométriose, a publié, en 2003, un article intitulé Endométriose et Psychologie, dans lequel il annonce d'emblée que « Notre expérience personnelle nous pousse à penser que ce terrain immunitaire particulièrement favorable au développement d'une endométriose doit lui-même résulter d'un état de stress prolongé ».

« [...] Nous avons retrouvé chez la moitié de nos patientes soit très précisément 95 sur 200 un traumatisme sévère et surtout prolongé dans le temps, en relation avec des abus sexuels ou des problèmes familiaux graves impliquant parents, souvent séparés ou père inconnu, ou conjoints ». L'auteur affirme : - C'est le traumatisme prolongé lui-même qui est à l'origine de ces endométrioses et cela par le biais d'une altération de leurs défenses immunitaires. On sait aujourd'hui qu'il existe un véritable réseau psycho-neuro-endocrino-immunologique. La répétition du stress et sa longue durée affectent le système immunitaire qui n'est plus capable d'assurer la destruction des cellules endométriosiques arrivant dans le pelvis chaque mois. Les implants d'endométriose se développent alors ». Il conclut : « Il existe une dimension psychologique à l'origine et consécutive à la maladie endométriosique ».

Névrose (psycho)traumatique et Post-traumatic stress disorder

De quoi s'agit-il ? Il s'agit d'un : « Type de névrose où l'apparition des symptômes est consécutive à un choc émotif généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste, au moment du choc, par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer des états d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Son évolution ultérieure, survenant le plus souvent après un intervalle libre, permettrait de distinguer schématiquement deux cas :

- ⊗ Le traumatisme agit comme élément déclenchant, révélateur d'une structure névrotique préexistante ;

➤ Le traumatisme prend une part déterminante dans le contenu même du symptôme (ressassement de l'évènement traumatisant, cauchemar répétitif, troubles du sommeil, etc.), qui apparaît comme une tentative répétée de « lier » et abrégier le trauma ; une pareille « fixation au trauma » s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet.

C'est à ce dernier tableau clinique que Freud et les psychanalystes réservent habituellement la dénomination de névrose traumatique. Cette entité, adoptée par les psychanalystes, aurait été introduite par l'Allemand Herman Oppenheim, en 1888. Celui-ci l'emploie, principalement, à propos des accidents de chemin de fer, cauchemar de l'époque. Il définit alors le diagnostic de « névrose traumatique ».

C'est une entité clinique autonome qui comprend le souvenir obsédant de l'accident, des troubles du sommeil et une agitation telle que dans les hôpitaux, les malades doivent être isolés car ils gênent leurs voisins de lit ! », explique, aujourd'hui, le Pr Louis Crocq. Il poursuit : « Oppenheim y range également les cauchemars de réminiscence, la phobie des chemins de fer, la labilité émotionnelle. Il parle de « sidéro-dromophobie », imputant ce trouble à l'effroi – schreck – qui, dit-il « provoque un ébranlement psychique tellement intense qu'il entraîne une altération psychique durable. ». À ceux qui imputent ces symptômes, classiquement, à une commotion cérébrale, Jean-Martin Charcot répondra que, pour lui, les troubles des accidentés du chemin de fer sont bel et bien de l'ordre du psychique et non pas dus à une commotion cérébrale. Il parle à ce sujet en termes d'hystéro-neurasthénie lors de ses fameuses Leçon du mardi à la Salpêtrière (1888). A cette même époque, Pierre Janet, élève de Charcot, prépare sa thèse de psychologie au Havre et travaille sur cette même question du souvenir brut de l'évènement traumatique.

La très officielle Classification internationale des maladies mentales, dans sa révision de 1992,

adopte en tout cas le diagnostic de PTSD – que l'on peut traduire par « état de stress post-traumatique » - en remplacement de la névrose traumatique. Auparavant, elle a introduit un diagnostic précis pour la réaction des premières heures : la réaction aiguë à un facteur de stress qui ne dure pas au-delà d'une journée. Et réserve un diagnostic plus compliqué, plus lourd, de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe - ce qui correspond de fait à la névrose traumatique. » Avec mes collègues francophones, nous nous sommes opposés sur ce point aux américains car il nous a semblé important de faire une distinction entre stress et trauma. Le stress est une réaction bio-neuro-physiologique d'alarme, de mobilisation et de défense contre une agression. Le trauma est, lui, un phénomène psychologique d'effraction des défenses psychiques, y compris la défense qui consiste à attribuer du sens à l'évènement.

Dans le trauma, il y a confrontation avec le réel de la mort et du néant, sans possibilité d'y attribuer du sens. On distingue les trois réactions : immédiate (premières heures), post-immédiate (du 2^{ème} au 30^{ème} jour) et la période différée et chronique (névrose post-traumatique ou PTSD).

De notre expérience

Notre expérience est celle d'un psychanalyste. Exclusivement celle d'un praticien de la psychanalyse qui exerce sa fonction, en cabinet et à l'hôpital, depuis quarante-deux ans. Il arrive à un psychanalyste de rencontrer des cas d'endométriose. Il ne le sait pas tout de suite. Il peut s'en apercevoir à l'écoute attentive de certains symptômes de ses patientes. Il s'agit généralement de douleurs du pelvis, mais pas toujours et les cas peuvent se présenter dans une grande diversité de manifestations qui vont jusqu'à exclure toute douleur.

Si les gynécologues et les chirurgiens gynécobstétriciens peuvent avoir affaire à des centaines de cas d'endométriose, il ne saurait en être de même pour le psychanalyste. Nous avons l'expérience d'une quarantaine de cas vus à l'hôpital, et d'une vingtaine de cas au cabinet.

L'invitation du psychanalyste

Quelle est depuis ses débuts l'invitation de la psychanalyse, reprise individuellement par chaque analyste ?

Dire tout ce qui nous vient dans la tête (tout ce qui nous tombe dans la tête, Einfall dit Freud), c'est-à-dire en somme tout ce qui fait signe. Tout ce qui nous tombe dans, passe par, la tête, plongé dans un dispositif où l'on ne voit pas le visage et surtout le regard de celui ou de celle à qui l'on destine son discours. Il s'agit de parler sans fin prédéterminée, sans avoir à juger de ce qui est utile ou inutile à dire, ou nécessaire pour viser telle ou telle fin. Ainsi, tout ce qui se dit peut prendre un statut égalitaire, et rien ne prédomine, a priori, dans le dire.

Même après quarante-deux ans de pratique de la chose, c'est une étrange expérience... Ordinairement, quand quelque chose ne va pas, vous avez pris l'habitude, infantile en somme, si vous ne savez plus quoi comprendre ou comment faire avec ce qui vous tombe dessus, d'en référer à un autre qui, lui, doit bien savoir comment faire, comment penser, comment décider : mère, père, aîné, ami, professeur, médecin, avocat, prêtre, expert, juge, député, etc. Et vous pensez, très naturellement, qu'il est là pour vous répondre. Et, chose curieuse, chose insensée, lui aussi, pense qu'il est là pour vous répondre ! Il sait. Il sait là où vous ne savez plus. Il sait au-delà d'où vous savez. Il vous dira pourquoi c'est comme ça pour vous, et même plus, comment y remédier. Vous devez faire comme ceci. Lui, il sait.

Eh bien, l'invention freudienne, c'est tout le contraire ! La voie ouverte par Freud, c'est ce monde-là, mais à l'envers ! Prenez la parole, prenez le risque de la parole, seul(e). Parlez avec vos propres mots, laissez résonner à vos oreilles vos propres signifiants, articulez-les en présence d'un(e) inconnu(e) qui se doit de se tenir au secret de ce que vous pourrez dire. Faites cette expérience, vous rencontrerez très vite que votre parole va vous mener quelque part, d'elle-même.

Et ce ne sera pas en vain que vous aurez eu ce culot, ce courage. De quoi mon symptôme fait signe ? Moi seul le sait sans savoir que je le sais, mais ma parole, elle, si je ne la filtre, le sait. Je me dois de l'écouter. Autrui ne peut savoir pour moi. Encore moins à ma place. Il ne peut que seulement me permettre d'y accéder..., à quoi ? A ce mien savoir. Cela s'appelle rencontrer un/son analyste, son bon entendeur.

Il est particulièrement difficile à une femme souffrant d'endométriose d'admettre qu'il lui faille aussi consulter un psychanalyste. Très souvent elle le refuse, arguant « qu'il ne s'agit pas de cela », pour elle ! Ce qui vient d'être décrit plus haut, à l'instant, cette invite, ne lui convient généralement pas. Est-ce dû à cette anxiété très spécifique cernée par tous les auteurs, sans exception ? Ou tout particulièrement à ce « profil psychologique » différent repéré par Alain Audebert ou Jean Bélaïsch ? Abus sexuels, sentiments d'abandon et de dévalorisation, anxiété insurmontable... : tous ces éléments signalés par les médecins, généralistes, gynécologues ou chirurgiens et tous les observateurs se retrouvent très exactement être les mêmes dans la pratique du psychanalyste. Toutes nos patientes endométriosiques témoignent avoir subi un état dit de « stress prolongé », généralement non-parlé, au sein d'un groupe familial peu enclin à la parole - d'où le sentiment d'abandon dont parle Jean Bélaïsch -, au cours de cette période, lequel est une conséquence de cette absence de parole.

Il faut mettre à part le cas des circonstances de la survenue des premières règles. Il n'y a pas eu, à proprement parler de violence sexuelle (génitale) perpétrée sur le corps de la fillette, mais une violence symbolique sexuelle lorsque personne - la mère au premier chef qui n'a mis aucune parole sur ce qui se passait pour sa fille - n'a accueilli la jeune fille en ce moment délicat et angoissant et que celle-ci a dû « se débrouiller toute seule » pour faire face anxieusement à son état. Dans ce cas, il y a eu aussi un psychotraumatisme, comme équivalent en intensité et en conséquences, aux traumatismes générés par les viols et l'inceste.

À chaque fois, à chaque cas, il apparaît donc qu'il y a eu traumatisme et, plus précisément, psychotraumatisme avéré tournant autour de la question du sexuel (je précise, pas du « génital », mais au départ confondu avec celui-ci par la patiente). Si j'ai pu faire état plus haut des travaux du Pr Louis Crocq, c'est que le modèle, l'entité de la névrose traumatique, dénomination classique des psychiatres et des psychanalystes dans l'ère francophone ou, si l'on préfère, du Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) des Anglo-Saxons et de la Classification internationale, semble paradigmatique en ce qui concerne les cas d'endométrioses que j'ai eu, jusqu'à présent, à connaître. Sur près d'une soixantaine de cas en quarante-deux ans de pratique, aucun ne déroge à ce modèle.

Un certain nombre de femmes endométriosiques sont donc des patientes qui semblent avoir développé cette maladie, l'endométriose, à distance du traumatisme, le plus souvent de l'ordre de l'abus sexuel, qu'elles ont subi, parfois même dans la petite enfance, mais essentiellement d'une manière répétée (les viols et/ou l'inceste) et qui, surtout, s'est prolongée durant des mois et des années dans un sentiment d'incompréhension et d'abandon.

Toutefois l'endométriose ne semble pas un cas isolé dans la pratique du psychanalyste au cabinet et à l'hôpital. Nous avons l'expérience de retrouver avec une fréquence telle qu'elle fait suspecter un même mécanisme dans lequel l'inconscient se montre avoir une grande valeur participative, hormis les cancers, dans certaines maladies auto-immunes (telles, par exemple, que le lupus érythémateux, ou la maladie de Crohn...) ou dans les maladies rhumatismales (telles, par exemple, que la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante...). Dans ces maladies les psychotraumatismes sexuels sont légions, et l'état de douleur et d'anxiété de la patiente permettent de faire point d'appel au regard du médecin clinicien, qui adresse cette dernière au psychanalyste.

À chaque cas, là aussi, se retrouvent ces psychotraumatismes à distance, plus ou moins anciens, toujours actifs dans l'actuel, et qui semblent

ne pas avoir « bougé » d'un pouce, comme enkystés, parce qu'ils n'ont pas été parlés ou n'ont pas trouvé leur « bon entendeur », continuant ainsi leurs ravages auprès des patientes douloureuses, rajoutant, en cela, à leur souffrance qu'ils décuplent.

Une corrélation n'est pas une causalité, et nous ne pouvons pas, ici, dans une expérience issue du champ de l'exercice clinique de la psychanalyse démontrer cette causalité, qui reste ainsi en manque. Le nombre de cas est insuffisant et la méthode de notre étude n'est pas scientifique.

Certes, mais devant l'insistance répétitive, à cette longue expérience, de la corrélation, il devient légitime de se poser la question, épistémologique, menant à reconnaître que l'origine, la cause première de ces maladies, l'endométriose, le lupus, la maladie de Crohn, la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite ankylosante, mais encore un certain nombre non limitatif d'autres affections, pourrait bien être, sinon partiellement, ces violents (violents ?) psychotraumatismes. Pure hypothèse qui resterait à valider scientifiquement.

Je fais moi-même l'hypothèse que ces ravages non parlés, non accueillis à ce moment de l'histoire du sujet féminin, font retour, et après s'être comme enkystés, s'incarnent littéralement, et flambent biologiquement dans des zones organiques du corps symboliquement investies, qui indiquent métaphoriquement, à qui veut bien l'observer (le voir, pour le médecin, l'entendre, pour le psychanalyste), l'endroit, le lieu comme figé, gelé, du traumatisme originel et de la souffrance consécutive.

Ils autorisent, en outre, le développement considérable d'une foisonnante fantasmagorie de type hystérique. En effet, le fonctionnement est alors à reconnaître et à éprouver, chez ces patientes endométriosiques, comme étant celui de l'hystérie, d'une hystérie traumatique dont les versants de rétention et de conversion ont été poussés jusqu'à l'incarnation dans la maladie somatique. Et l'on peut dès lors conclure, à juste titre, qu'une femme endométriosique est une femme qui souffre de réminiscences.

Cela signifierait alors que la maladie viendrait prendre ici la place et la fonction d'un moyen :
– Moyen radical, moyen concret, matériel, enfin objectivable et ainsi décodable par la science et la médecine scientifique –.

Moyen d'expression, adresse à l'Autre jusque-là aveugle et sourd, pour cette cause, de se faire voir, entendre enfin. Mais à quel prix ?

Cauda

Lors des Sixièmes Assises Internationales sur les violences sexuelles tenues à Paris le 7 et 8 janvier 2019, il a été énoncé, par une intervenante (Dr Violaine Guérin, endocrinologue, gynécologue, présidente de l'association « Stop aux violences sexuelles ») que les violences sexuelles entraînaient un traumatisme corporel et sensoriel et que l'endométriose était l'une des causes méconnues de ces abus. Cette gynécologue a même avancé que « cette pathologie est en effet surreprésentée chez les victimes de violences sexuelles » (cf. : Le Quotidien du Médecin, N°9714 du jeudi 10 janvier 2019).

L'étude américaine parue en 2018 dans « Human Reproduction » (H. R. Harris et al, Human Reproduction, doi : 10.1093/humrep/dey248, 2018), montre qu'avoir subi des abus sexuels et physiques au décours de l'enfance est parfaitement associé à un risque accru d'endométriose. Marina Kvaskoff, qui est épidémiologiste et chercheuse à l'INSERM, et spécialisée dans l'endométriose, souligne qu'« Il s'agit de l'étude la plus robuste sur le sujet à l'heure actuelle. »

La cohorte Nurses' Health Study II avait inclus 60 595 femmes. 3 394 ont eu un diagnostic d'endométriose, lequel a été confirmé par laparoscopie (coéloscopie). Interrogées, parmi ces femmes, 32 % ont témoigné avoir subi des violences physiques, 12 % des violences sexuelles, mais 20 % des violences physiques et sexuelles. Comparées aux femmes qui n'ont subi aucun type de violence, celles qui ont été victimes de violences physiques sévères durant l'enfance présentent un risque 20 % plus élevé d'endométriose confirmée. Les femmes qui ont subi des violences sexuelles graves, elles, ont un risque de 49 %.

Enfin, ce risque monte à 79 % pour celles qui ont subi des violences graves, sévères, à la fois physiques et sexuelles.

Mais, la chercheuse épidémiologiste précise : « Cela ne signifie pas que l'endométriose a une origine traumatique.

L'endométriose est multifactorielle, et les violences subies pendant l'enfance constituent un facteur de risque potentiel. » Ainsi, encore aujourd'hui, les mécanismes expliquant le lien entre violences sexuelles et endométriose ne sont pas connus. L'épidémiologiste ajoute : « Les violences subies pendant l'enfance entraînent un stress interne pouvant favoriser une inflammation chronique, ce qui pourrait expliquer ce lien. » La gynécologue, elle, insiste : « La somatisation est d'autant plus importante que les violences ont été subies jeunes. »

Jean-Michel LOUKA

*Psychanalyste
Paris, le 13 août 2019*

→ Le Choix : Association Sauver des vies

Depuis près d'un an, le noble et rassembleur « sauver des vies » a régné au Québec, en abondance. Ce fut bien et approprié, pour le temps, pour l'an 2020. Ce qui fut très bien.

Maintenant, comment « sauver des fins de vie » ? Par la présence active et significative du patient ou de son représentant légal dans le processus d'information et de décision le concernant au plus haut point. En plus, par des consentements et par des refus aux soins intensifs. Par des choix plus éclairés et plus libres.

Donc, en 2021, vaudrait mieux parler de « sauver des fins éclairées/libres/dignes/humaines de vie ». Surtout en contexte de délestage, de triage, de priorisation, de rareté de ressources chez les professionnels de la santé.

À raison, ces jours-ci, les médias parlent et écrivent en abondance sur les sujets ; de grands spécialistes/experts y sont conviés. Surprenant, on ne réfère presque jamais au patient concerné, à ses dits, à ses écrits, à son plan de soins, à son plan d'intensité des soins, à ses directives médicales anticipées, à ses mandats donnés à son mandataire, à ses dires inscrits à son dossier médical. On ne réfère que peu aux informations données et partagées ainsi qu'à ses réactions, à ses valeurs, à ses croyances, aux sens à sa vie actuelle et future, aux contextes actuels.

Sans surprise, et cela avec les meilleures volontés et bontés du monde, il s'y dégage trop souvent une odeur de paternalisme clinique systémique. C'est comme si les grandes décisions concernant l'acceptation et le refus des soins, les droits aux refus des médicaments, les droits aux antidouleurs efficaces à 100 %, le droit aux soins palliatifs, le droit à la demande de la sédation ou de l'aide médicale à mourir, le droit à l'acceptation et au refus d'aller à l'hôpital, si hospitalisé le droit de refuser ou d'accepter les soins intensifs (respirateur...).

Bref, c'est comme si le règne des critères établis dans un protocole de priorisation dominait le sommet décisionnel. À lire : le texte publié le 17 janvier par Justine Mercier « Se préparer à un sombre pronostic » ; les positions des médecins Isabelle Gagnon et Nicolas Guillot sont bien enracinées, centrées, inspirantes et encourageantes.

En milieu de soins et d'hébergement, les valeureux soignants ont été, sont et seront de plus en plus en face de grands et d'immenses défis.

Comment, nous les soignés et les futurs soignés, pouvons-nous venir en aide au plus vite à nos soignants ?

En prenant courageusement mieux soin de nous pour demeurer en santé et loin de la COVID-19. Si en RPA ou en CHSLD ou en soins à domicile, en nous assurant que nos plans de soins ont été mis à jour et que tout y est clair.

En ayant rédigé et signé nos directives médicales anticipées, et les ayant fait placer dans le Registre officiel du Québec.

Et ayant pris soin d'en donner une copie à nos proches pour communication significative et enrichissante.

En nous renseignant davantage sur nos droits, sur nos libertés et sur nos responsabilités en tant que personnes en fin de vie ou rendues à la fin de leur vie, et même atteintes de la COVID-19.

Dans nos rapides décisions, lors de problèmes sérieux de maladies, le droit de tenir compte aussi du contexte familial, social, et hospitalier. Nous avons une part de responsabilité dans le « Sauvons nos hôpitaux » et le « Soignons mieux nos soignants ». Dans mes 35 années de promotion des droits, des libertés et des responsabilités de la personne en fin de vie ou rendue à la fin de sa vie, j'ai vécu d'innombrables expériences riches en enseignement, dont celle-ci. Une amie est aux soins intensifs. Dans le coma. Au bout de son corps. Ses proches y sont ainsi que l'infirmière et le médecin. Question du médecin : « On fait tout ce que la médecine nous offre pour prolonger sa vie ou on laisse F. terminer sa vie, sans douleurs ? ». Grand silence, creux silence, même. Je leur ai dit : si F. redevenait pleinement consciente pendant 15 minutes et qu'elle était

pleinement informée sur sa situation, elle nous dirait quoi ? Oui ou non à la continuité des soins. Après une bonne minute interminable et intense, tout le monde, en partant de F. et non de chacun de nous, a dit que F. dirait non. Le médecin a vite conclu : c'est ce que nous ferons, la laisser terminer sa vie, sans douleurs.

D'intenses salutations affectueuses suivirent. Il régna une grande paix.



Avant de terminer, avec cette longue et riche expérience, voici deux propositions

Aux Comités d'éthique et de..., d'abord, gratitude pour l'intense et le complexe travail que vous faites intensément. D'un autre côté, demeurez habités par la centration sur la personne en fin de vie ou en maladies extrêmes. Continuez à faire davantage confiance aux professionnels de la santé et des services sociaux sur le terrain. Honorez et soutenez davantage leur travail interdisciplinaire par vos réflexions et vos avis.

Aux équipes de soignants, choisissez de prendre ensemble les grandes décisions sur la continuité ou non de la vie, par les soins disponibles. Ensemble. Nourrissez-vous de votre centration sur la personne en fin de vie ou rendue à la fin de sa vie. Référez-vous à elle, à ses valeurs, à ses croyances, à sa dignité, à sa liberté. Assurez-vous que cette personne est et demeure au centre et au cœur des processus d'information et de décision. Tout cela sera pour vous source de bien-être et de santé. Et chez les proches, source de deuils facilités et porteur entre eux de saine solidarité.

Sauvons des fins de vie par des choix éclairés et libres. Honorant mieux ainsi la vie et les personnes vivantes.

Yvon BUREAU

*Travailleur social, consultant bénévole pour un mourir digne et libre
Membre du Comité d'honneur du Choix*

Source : « Le Soleil » Québec - 21.01.2021

➔ Les intoxications au plomb dans nos vies quotidiennes

Du plomb dans la cervelle ? Vraiment ?

La pollution est l'un des problèmes majeurs de l'Anthropocène. De sa résolution dépend la survie de l'humanité.

Parmi ces pollutions, les produits chimiques toxiques s'affichent au premier plan et particulièrement le plomb exploité par l'homme depuis l'Antiquité. Si l'incendie de Notre-Dame a jeté une lumière crue sur la présence en masse de la présence du plomb à Paris, ville intimement liée à son histoire, la formidable endurance de ce métal lourd interroge. Pourquoi le plomb hautement toxique, classé CMR, cancérigène, mutagène, reprotoxique en plus d'être un neurotoxique doublé d'un toxique cardiovasculaire bénéficie-t-il d'une telle tolérance ?

En effet, bien que l'usage de peinture au plomb (céruse) ait été interdit en France dès 1909, le plomb, après vingt-deux siècles de bons et loyaux services, ne fut finalement interdit qu'au siècle dernier et la physiopathologie du saturnisme, maladie préhistorique, découverte qu'en 1960. Pourquoi un tel consentement à l'empoisonnement pendant tant de temps ?

Comment avons-nous contribué à construire, avec notre assentiment, les conditions de notre propre destruction ? Sommes-nous des sujets aussi actifs, toxiques que ce produit ? L'humanité a-t-elle, vraiment, du plomb dans la cervelle ?

Bref historique

Très facile à travailler, le plomb, de couleur bleu gris, particulièrement malléable du fait d'un point de fusion bas, ne se dégrade pas par dilatation et résiste à la corrosion. Son utilisation, citée dans le livre *Exodus*, se diffusa rapidement, sous forme de céruse (pigment blanc) chez les Égyptiens, les Grecs, les Romains, les Hébreux. Le minium Pb_3O_4 , fait partie des pigments les plus anciens, utilisé pour imiter le cinabre. Pline l'ancien relate que le blanc de plomb, découvert accidentellement après l'incendie d'une villa, était chauffé et brassé jusqu'au changement de couleur pour produire le « minium ». Du fil de plomb, connu depuis l'Antiquité, jusqu'aux caractères mobiles des caractères d'imprimerie, le plomb, avec l'essor de la révolution industrielle, fut massivement produit jusqu'à nos batteries actuelles (batteries de voiture, téléphone cellulaire).

Avec l'ère moderne, le métal toxique sortit de son contexte de « poison professionnel » pour se répandre, mondialement, dans les sols, l'air, l'eau, notamment avec l'utilisation grand public de l'essence puis de la peinture au plomb. Depuis 1970, « la production mondiale a plus que doublé (...) et elle continue d'augmenter »¹.



Le plomb fut utilisé pour fabriquer les caractères d'imprimerie.

1. La commission Lancet sur la pollution et la santé. Page 18/19. Publié en ligne le 9 octobre 2017.

Le plomb, toxique ubiquitaire

Aujourd'hui, le plomb fait partie de notre quotidien. Il est notre pain quotidien. Outre l'alimentation et l'eau de boisson, le plomb, largement ubiquitaire, se trouve, notamment, du fait de sa parfaite imperméabilité, dans la marine (revêtements de câbles sous-marins haute tension), dans le bâtiment (plomberie, canalisation d'eau potable, feuilles de plomb pour l'entretien et la rénovation des monuments historiques, toiture, gouttières, enrobage de câbles), les matériaux de construction (linoléum, matériaux d'isolation ou de rembourrage) l'industrie automobile (plaques d'accumulateurs, batteries, huiles de moteurs usés, émissions de gaz, réservoirs d'essence), l'industrie nucléaire (blindage contre les rayonnements neutroniques et les rayons X, γ et β , pile nucléaire), la métallurgie (alliages, ferrallages, munitions), la fabrication de cosmétique (maquillage dont Khôl, surma), du verre (constitué de plomb à hauteur de 33 %, du cristal, de la fibre optique, verre de protection, tubes de télévision) mais aussi : stabilisant de PVC, céramiques, carrelages, accumulateurs, piles, peinture, pigments, vernis, encres, antirouille, matelas antivibrations, soudures (alliages Pb/Sn), mastics, composants électroniques, petites pièces moulées, additifs, boîtes de conserve, balles de golf, certains médicaments... Un véritable inventaire à la Prévert !

Jusqu'au 2 janvier 2000, le plomb tétraéthyle, $Pb(CH_3CH_2)_4$, fut utilisé comme antidétonant dans l'essence (0,1 à 0,4 g/litre d'essence). Dans le monde occidental, la consommation dans ce secteur atteint son maximum en 1972 avec le taux record de 370.000 tonnes. De même, le plomb de chasse, maintenant interdit, connut son pic de consommation en 1991 : 57.000 t dont 8.000 t en France².

Depuis l'interdiction de ce type de carburant en France métropolitaine, une baisse de 97 % des émissions de plomb dans l'air fut observée entre 1990 et 2016 d'après le rapport du Citepa de 2018³. Au niveau européen, on constata, au cours des deux dernières décennies, une diminution de 85 % de la concentration en plomb dans l'air avec une incidence très marquée sur les plombémies.

Aujourd'hui, si les sources d'expositions sont variées, la principale source d'intoxication demeure les anciennes peintures au plomb (céruse) dégradées lors de travaux de rénovation menés sans précaution dans les logements anciens (construits avant 1949). Les poussières ainsi générées et ingérées intoxiquent les intervenants et les habitants. On s'étonnera que de telles pratiques existent encore de nos jours du fait de commanditaires de travaux ignorants ou peu scrupuleux et l'on s'étonnera autant de l'absence de contrôles systématiques que du laxisme des pouvoirs publics sur des pratiques aussi inadmissibles que courantes. En effet, l'éradication de l'intoxication par les peintures est loin d'être inatteignable. L'OMS ne s'y trompe pas en ciblant cette source principale de pollution comme l'objectif principal à atteindre : *"En population générale, une des principales situations qui favorisent une forte exposition au plomb, hormis les expositions professionnelles, est le fait de résider dans un habitat ancien (anciennes peintures au plomb et canalisations en plomb)"*.

L'intoxication au plomb ou IPB

Le problème du plomb, c'est son accessibilité. Or, le plomb, en ce qui concerne les anciennes peintures (et enduits !) qu'on trouve principalement dans les immeubles anciens construits avant 1949, se trouve accessible de deux façons.

2. Futura sciences. Dossier Chimie, métal, plomb. Page 9.

3. Santé publique France. Imprégnation de la population française par le plomb. Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016. Page 10.

Soit lors de la dégradation usuelle, liée à l'usure du temps, - la peinture s'effrite et s'ingère sous forme de poussière - soit lorsqu'on le dégrade volontairement lors de travaux de réfection par exemple, comme dans la méthode dite « palliative » qui consiste à griffer, gratter voire poncer préalablement les murs ou lors d'un incendie comme ce fut le cas à Notre-Dame lors de l'effondrement de la flèche. Deux cent soixante tonnes de plomb contenu dans la seule flèche, se sont effondrées au sol en les contaminant sans compter les quantités contenues dans la charpente et la toiture soit quatre cents tonnes au total, sont parties en fumée libérant un panache jaune caractéristique de la formation de particules d'oxyde de plomb, composé se formant à partir de 510 °C en présence d'oxygène. "Des mesures de surface allant jusqu'à 1,3 million $\mu\text{gr}/\text{m}^2$ ont été prélevées aux abords de la cathédrale jusqu'à la mi-juillet"⁴.

Notre-Dame : Un Nouveau World Trade center ?

Lors de l'incendie de Notre-Dame de Paris et de l'intoxication au plomb sans précédent qu'elle provoqua, l'État fit montre d'un déni évident qui s'incarna par une inaction et une inertie particulièrement marquées pendant plusieurs mois. Le parallèle s'impose entre Paris et New York dont les autorités n'avaient pas cru bon de mettre quoi que ce soit en place relativement aux risques sanitaires pris par les pompiers qui furent en première ligne de la tragédie. D'après des études récentes émanant des chercheurs de l'hôpital Mont Sinai à New York, les intervenants du World Trade Center souffrent encore, des années plus tard, des conséquences de ces interventions. Comme le stipule l'association Henri-Pezzerat, parmi les problèmes de santé rencontrés par les intervenants de la catastrophe, mentionnons : "les problèmes des voies respiratoires supérieures et inférieures et les problèmes gastro-intestinaux, les troubles musculosquelettiques, les problèmes

de santé mentale, ainsi que divers types de cancer. Ces études ont renforcé le fait déjà admis, de la nécessité de soins médicaux continus et d'un suivi à long terme"⁵.

En France, on s'interrogera sur la possibilité de ce suivi dès lors que les médecins et plus encore les médecins traitants, à qui les patients sont censés s'adresser, ne bénéficient pas de formation spécifique relative aux métaux lourds. Certes, l'intoxication aiguë au plomb reste rare mais l'exposition délétère l'est-elle au regard de la toxicité sans seuil de ce toxique ?

Les méfaits sanitaires du plomb

Chez les adultes, selon la revue *The Lancet* l'exposition chronique au plomb demeure un facteur de risque établi d'hypertension, d'insuffisance rénale et coronarienne, de maladie cardiovasculaire, d'arythmies cardiaques et d'AVC, en particulier les travailleurs exposés par leurs conditions de travail. « Les études épidémiologiques de grande envergure fondées sur un échantillon aléatoire national ont confirmé le lien causal entre le plomb, l'hypertension et la mortalité en raison de maladies cardiovasculaires, même à de très faibles concentrations dans le sang ». Comme le précisent plus loin les auteurs de cet article, ce **lien causal entre le plomb et pathologie mortelle existe à des taux aussi « faibles » que 50 μgr par litre**⁶.

Un Américain sur six serait mort à cause du plomb⁷

Chez les enfants, l'impact sur le développement neurologique et le système nerveux central reste la conséquence la plus importante produite par ce toxique. Ces dommages se traduisent par une diminution des performances cognitives et de l'acuité visuelle, des troubles de l'attention, une perte de points de QI, de l'hyperactivité, ainsi que des effets reprotoxiques (retard pubertaire notamment), le raccourcissement de la capacité d'attention et le risque accru du trouble du

4. Jérémie Baruch et Audrey Freynet. 2019. Incendie de Notre-Dame : un seuil de concentration du plomb dangereux pour la population ? in *Le Monde*. 29 juillet 2019.

5. Incendie de Notre-Dame – Des tonnes de plomb parties en fumée – Éviter une catastrophe sanitaire.

6. La commission Lancet sur la pollution et la santé. Page 19.

7. The lancet public Health. Etude parue le 12 mars 2018 fondée sur un suivi de plus de 14000 personnes entre 1988 et 2011. 412 000 morts par an seraient imputables au plomb, y compris à des taux de plombémies faibles, soit autant que le tabac.

déficit d'attention ou d'hyperactivité auxquels s'ajoutent les comportements antisociaux et criminels⁸. Ces altérations persistent à l'âge adulte, peuvent perdurer toute la vie, faire diminuer la réussite scolaire, augmenter la fréquence de la toxicomanie et de l'incarcération, diminuer la productivité économique. **Selon l'OMS, « il n'existe pas de seuil sous lequel l'exposition au plomb serait sans danger ».**

Chez le fœtus et le nouveau-né exposé in utero, puisque ce métal lourd s'avère susceptible de passer la barrière placentaire, on observe des risques de petit poids à la naissance, de retard de croissance intra-utérin, des troubles cognitifs même lorsque le dosage du plomb dans le sang demeure inférieur à 50 µgr/litre. Au-delà de plombémies supérieures à 250 µgr/litre, des risques de prématurité et de mort fœtale sont possibles. L'allaitement représente une source possible d'imprégnation néonatale.

Chez la femme enceinte, on note une augmentation du risque d'hypertension artérielle gravidique ainsi que des effets sur le déroulement de la grossesse.

Du plomb dans le cervelet

Chez l'animal, rats, chats, souris, l'intoxication au plomb provoque, essentiellement, un désordre hépato/gastro-intestinal, neurologique et rénale. Chez un chat, cet empoisonnement a provoqué une ataxie⁹. Chez le rat¹⁰, après quarantes jours d'intoxication à l'acétate de plomb, à raison d'un gramme par jour, dilué dans un litre d'eau, on observe une répercussion sur la coordination des mouvements, la désorganisation psychomotrice, la parésie ce qui prouve que le système nerveux central est touché. Le plomb se loge dans la substance blanche et l'endommagement de même que le cortex et le cervelet. Une démyélinisation s'opère. Le plomb crée-t-il une leucodystrophie ?

La survenue d'une mutation génétique confirme son action mutagène.

La glycémie se modifie dans le sens d'une hypoglycémie, vraisemblablement due à un hyperinsulinisme en lien avec un dysfonctionnement du pancréas avec augmentation du nombre de cellules fonctionnelles des îlots de langerhans (Kamisky et al, 1993) ce qui prouve que le plomb a une action certaine sur la glycémie en troublant son transport via les cellules porteuses d'insuline soit en perturbant ou en dérégulant son métabolisme¹¹.

Pourquoi le plomb est-il dangereux ? À quel taux ?

Le plomb, **toxique cumulatif**, n'est pas naturellement présent dans le corps et sa détection témoigne toujours d'une intoxication. En revanche, son introduction perturbe l'organisme en modifiant la biologie cellulaire, en altérant son métabolisme. Ces dérèglements existent en présence de taux inférieurs à 50 µgr/litre. Contrairement à l'adage "dosa sola fecit venenum", n'en déplaise à Paracelse, ce n'est pas la dose qui fait le poison. La dose fait-elle seulement l'importance de l'effet ? Si des encéphalites convulsionnelles ne peuvent se produire uniquement à des taux supérieurs à 700 µgr/litre, des symptômes telles que l'hypertension apparaissent dès un dosage de 70 µgr/litre. Une étude de l'ANSES publiée en 2013 a démontré combien des taux bas, chez l'adulte, engendrent des effets néfastes sur le rein (plombémies de 15 µgr/litre), des effets cardiovasculaires (plombémies de 36 µgr/litre). Chez l'enfant, les effets principaux, à des taux bas, sont essentiellement neuronaux¹².

Conséquemment à cette étude de l'ANSES, une plombémie critique de 15 µgr/litre fut instaurée chez l'adulte et chez l'enfant afin de préserver la toxicité rénale induite par le plomb.

08. Santé publique France. Imprégnation de la population française par le plomb. Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016. Page 14. La commission Lancet sur la pollution et la santé. Page 19.

09. Caroline, Elisa Mannet, *Le chat sentinelle du risque d'origine environnementale pour la santé de l'homme. Exemples de contaminants de l'environnement intérieur et de l'alimentation*. Thèse pour le doctorat vétérinaire. Faculté de médecine de Créteil. 2012. Page 71.

10. Missoun Fatiha-Liman. *Impact d'une intoxication au plomb au niveau hépatothique, rénal et cérébral chez le rat Wistar jeune et adulte*. Etude histologique, biochimique et neurocomportementale. Thèse de doctorat en biologie. Option biochimie expliquée. 2011-2012.

11. Missoun Fatiha-Liman. *Impact d'une intoxication au plomb au niveau hépatothique, rénal et cérébral chez le rat Wistar jeune et adulte*. Etude histologique, biochimique et neurocomportementale. Thèse de doctorat en biologie. Option biochimie expliquée. 2011-2012. Page 128.

12. ANSES. Expositions au plomb : effets sur la santé associés à des plombémies inférieures à 100 µgr/litres. Page 53.

Cheminement toxique du plomb dans l'organisme

Après absorption pulmonaire ou digestive, le plomb s'achemine dans le corps via le sang (on peut alors le doser facilement) où il circule sous forme liée soit aux protéines plasmatiques soit aux globules rouges (érythrocytes). Le plomb plasmatique représente 2 % du taux sanguin tandis que le plomb qui s'accroche aux globules rouges en représente 98 %.

Puis le toxique se répartit dans les divers tissus mous - foie, reins, rate, cerveau, moelle osseuse, gonades -, selon un pourcentage représentant 5 à 10 % de la dose interne, et plus lentement, dans les dents et les os dans lesquels il s'accumule progressivement. À long terme, la distribution dans l'organisme s'effectuera ainsi au niveau des organes mous hors cerveau : 25 % de plomb dans le foie, 4 % dans les reins, 3 % dans la paroi digestive, 3 % dans le système réticulo-endothélial et 4 % dans les autres tissus du corps, y compris les dents et les poils, alors qu'il y aura 60 % de plomb dans les os¹³.

À l'équilibre, toujours selon les analyses de la cohorte Esteban¹⁴, « le squelette contient 95 % de la charge corporelle en plomb chez l'adulte et environ 75 % chez l'enfant. Le plomb lié à l'os cortical ne produit pas d'effet toxique notable en l'état actuel des connaissances et sa diffusion est très lente. Le plomb stocké dans l'os peut être libéré massivement en cas de déminéralisation (corticothérapie prolongée, hyperthyroïdie, ostéoporose, ménopause, tumeur osseuse, immobilisation prolongée, fracture).

De même, « la réserve de plomb biologiquement actif augmente pendant la grossesse et l'allaitement avec l'augmentation des besoins en calcium. Entre 45 % et 70 % du plomb

présent dans le sang total provient du relargage endogène du plomb stocké dans les tissus mous et le squelette »¹⁵.

Dès l'arrêt de l'exposition, une décroissance polyphasique de la plombémie s'opère en lien avec l'élimination progressive du sang des tissus mous (avec une demi-vie d'un à deux mois) et du squelette (demi-vie d'élimination supérieure à dix ans). En cas d'insuffisance rénale, cette demi-vie est très augmentée. Les principales voies d'élimination du plomb sont les fèces, la bile, les urines, ou encore le lait¹⁶.

Des perturbations enzymatiques ; mécanismes d'actions toxiques

L'action délétère du plomb agit, d'une part, sur une protéine, la calmoduline, impliquée dans le transport du calcium, et, d'autre part, sur une enzyme, la déshydratase de l'acide delta-aminolévulinique ou acide aminolévulinique déshydratase (ou Alad), qui participe à la fabrication de l'hémoglobine. Les enzymes du foie sont donc perturbés en premier lieu.

L'inhibition de l'ALAD entraîne une augmentation de l'excrétion urinaire d'ALA qui s'accumule dans le sang et les urines.

En agissant sur l'Alad, le plomb crée une anémie. En agissant sur l'homéostasie calcique, il modifie le métabolisme du calcium ; les molécules de plomb se substituent aux molécules de calcium. Cette altération moléculaire serait à l'origine des effets du dangereux et puissant toxique sur le système nerveux central.

Toutefois, la perturbation principale que provoque encore le plomb concerne les enzymes de la biosynthèse de l'hème qu'il inhibe, en interférant, notamment, avec des éléments essentiels comme le calcium, le zinc et le fer.

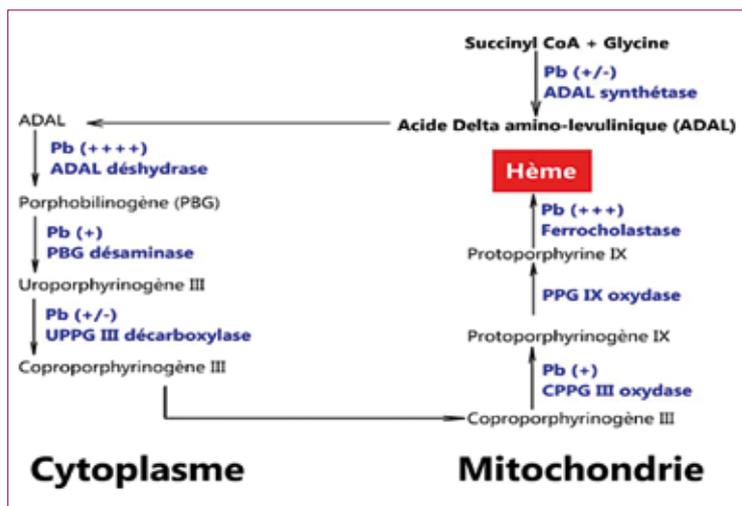
13. Missoun Fatih-Liman. *Impact d'une intoxication au plomb au niveau hépatique, rénal et cérébral chez le rat Wistar jeune et adulte*. Etude histologique, biochimique et neurocomportementale. Thèse de doctorat en biologie. Option biochimie expliquée. 2011-2012. Page 18.

14. Santé publique France. Imprégnation de la population française par le plomb. Programme national de biosurveillance, Esteban 2014-2016 / page 13.

15. Idem.

16. INRS, Fiche toxicologique Plomb et composés minéraux, 2006.

La synthèse de l'hème¹⁷



"L'hème est synthétisé à partir de succinyl-CoA et de glycine au terme de huit actions enzymatiques. Les précurseurs des porphyrines 8-aminolévulinate (ALA) et porphobilinogène (PBG) sont d'abord formés, puis les porphyrino-gènes et porphyrines et, enfin, l'hème par incorporation de fer (Fe²⁺) dans la protoporphyrine IX¹⁸.

"Le plomb interfère avec la synthèse de l'hème, principalement en inhibant la déshydratase de l'acide delta-aminolévulinique (ALAD), ce qui peut augmenter l'excrétion urinaire de l'acide delta-aminolévulinique et la ferrochélatase, ce qui se traduit par une augmentation des concentrations érythrocytaires de la protoporphyrine et de la protoporphyrine-zinc (PPZ). Cette inhibition de la synthèse de l'hème peut influencer la concentration sanguine d'hémoglobine et conduire à une anémie¹⁹. Des processus cellulaires comme l'activité respiratoire mitochondriale ou le métabolisme oxydatif sont affectés²⁰.

La culture du plomb ; une passion létale

Il en va du plomb comme d'une évidence. Ami séculaire, ubiquitaire, le plomb fait partie intégrante de notre culture. Sans doute tirons-nous trop de bénéfices de ce fabuleux métal si utile et si lucratif pour renoncer à ses désavantages. Bien que pleinement conscient de sa toxicité, nous en poursuivons, néanmoins, sa fabrication et sa dissémination dans l'environnement au mépris de notre santé « quoi qu'il en coûte » et aussi létal que soit ce coût. À nous de voir.

À l'heure de boucler cet article, une note d'espoir !

Le chantier de réfection de peinture de la Tour Eiffel, débuté à l'automne 2018, s'arrête à ce jour, faute de ne pouvoir ôter les sous-couches plombées sans mettre en péril les ouvriers et les habitants à cause de la dispersion des poussières et des retombées au sol. Le chantier reprendra dès lors qu'une solution de déplombage sécurisée sera trouvée pour poursuivre²¹.



La Tour Eiffel

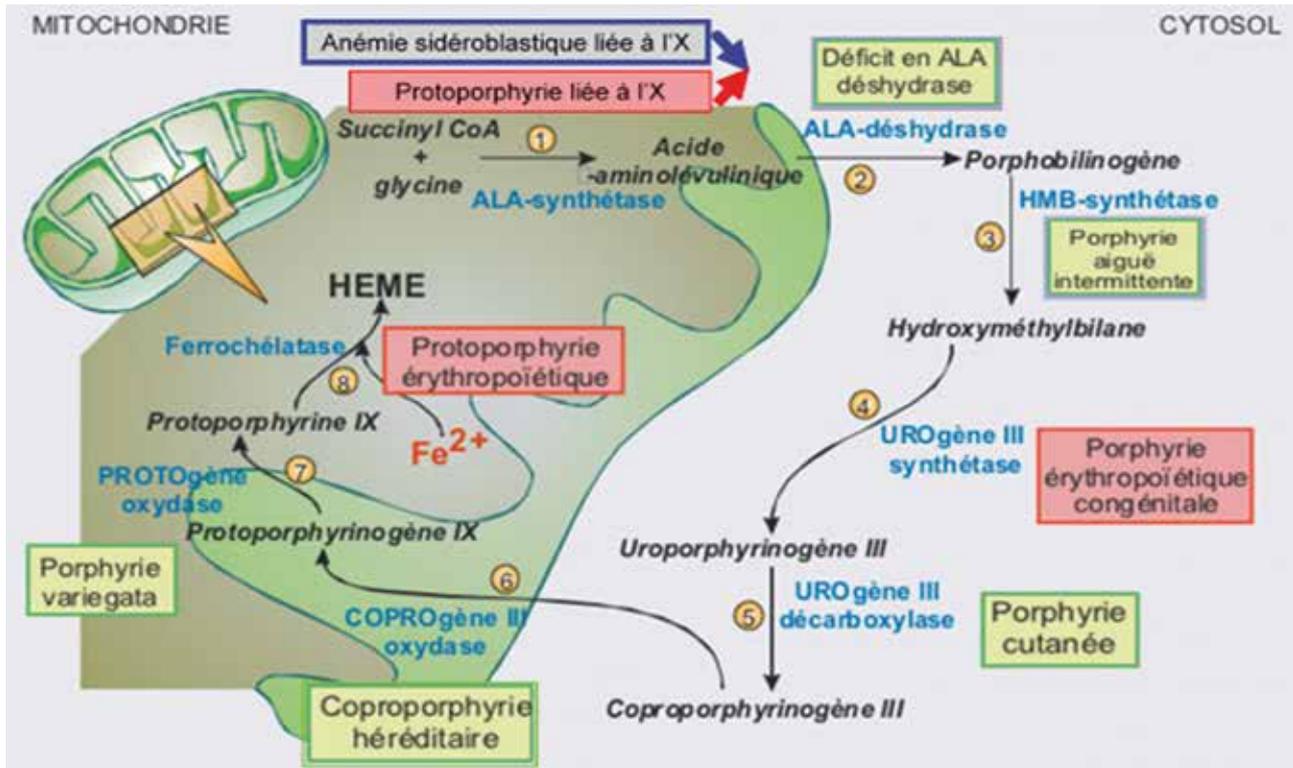
17. <https://www.analyticaltoxicology.com/ce-quel-faut-savoir-sur-le-saturnisme/>

18. Toxicité cellulaire - iPubli-Inserm. Page 55.

19. Exposition de la population française aux substances chimiques de l'environnement. Page 114.

20. Sources Inserm. Plomb dans l'environnement, quels risques pour la santé ?

21. Elodie Soulié, « le plomb stoppe le chantier de peinture de la tour Eiffel », le grand parisien, samedi 13 mars 2021 in Le Parisien page 1.



Biosynthèse de l'hème, images. <http://docplayer.fr/>

Diagnostic biologique²²

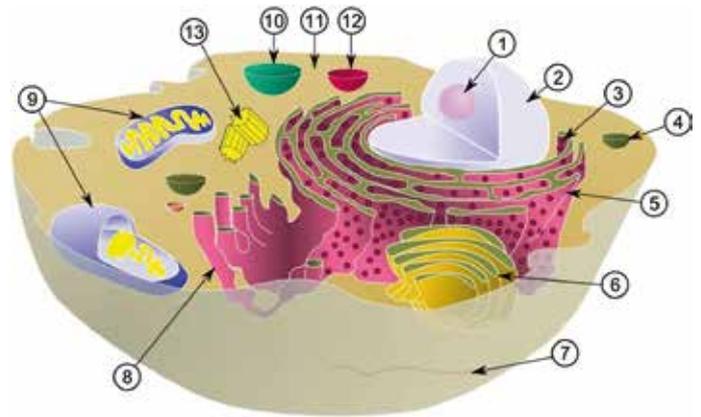
Mécanismes d'action toxique : le plomb entraîne une inhibition enzymatique de la biosynthèse de l'hème (acide delta amino-lévulinique(ALA) -synthétase, ALA-déshydrase et hème synthétase) => accumulation de l'ALA dans le sang et l'urine (ALAU), des protoporphyrines-zinc dans les hématies (PPZ), puis apparition d'une anémie.

De plus, il diminue la durée de vie des hématies, modifie le métabolisme du fer par diminution de sa capacité de fixation et entraîne des troubles de maturation des réticulocytes responsables de la présence d'hématies à granulations basophiles.

- ☒ NFS : normale ou anémie normo ou microcytaire, hypochrome, régénérative avec ferritine normale ou élevée. Sur la lame, peuvent être vues des hématies à granulations basophiles. Plombémie : bon indicateur du plomb biologiquement actif, reflet de l'exposition du mois précédent (inaptitude professionnelle si > 50 microgrammes /100 ml).
- ☒ PPZ érythrocytaires : reflète l'inhibition de l'hème synthétase, variation lente par rapport aux fluctuations de l'exposition (de l'ordre de quelques semaines) => intérêt si arrêt de l'exposition depuis plusieurs jours.
- ☒ ALAU : traduit le degré d'inhibition de l'ALA-déshydrase, test peu sensible mais qui suit les variations de l'exposition => intérêt si exposition courte et chez l'enfant.
- ☒ Plomburie provoquée (test à l'EDTA) : la mobilisation du plomb s'effectue par administration d'un chélateur (EDTA calcique). Ce test, qui constitue le meilleur test d'imprégnation de l'organisme, est réalisé pour les cas douteux ou quand les sujets ne sont plus exposés au plomb depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

22. http://campus.cerimes.fr/medecine-du-travail/enseignement/medtravail_108/site/html/6.html

Sur ce schéma d'une cellule animale eucaryote typique, le cytosol correspond au milieu coloré en brun (11). Les autres chiffres indiquent nucléole (1), noyau (2), ribosome (3), vésicule (4), ergastoplasme (5), appareil de Golgi (6), cytosquelette (7), réticulum endoplasmique lisse (8), mitochondrie (9), vacuole (10), lysosome (12) et centriole (13). © MesserWoland et Szczepan 1990, Wikimedia Commons, cc by sa 3.0



<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/biologie-cytosol-702/>

Cette petite bille de plomb était la dose à ne pas dépasser dans la nourriture alimentaire, pour 37 jours, pour un être humain adulte avant 2006 (pour ne pas dépasser 3 milligrammes pour tout le corps, soit 50 µgr par kg de poids corporel).

Depuis l'OMS a réduit la dose hebdomadaire tolérable à 25 µgr/kg de poids corporel (→ dose journalière tolérable de 3,6 µgr/kg pc/jour pour l'adulte, ne s'applique pas aux enfants) puis a retiré ce seuil, en 2011, car cette dernière dose

de 25 µgr/kg est encore source de baisse de QI de 3 points chez l'enfant et source de risques cardiovasculaires pour l'adulte.



https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Lead37_days.jpg?uselang=fr

<https://theconversation.com/le-plomb-causerait-412-000-morts-par-an-aux-etats-unis-et-en-france-93622>

Sophie GUYOMARD

→ La discrimination au sein des LHSS (lits halte soins santé)

Une réalité qu'il est important de mettre en lumière ! *Par le Docteur Pierre Frances*

Introduction (1-3)

Historique

En 1993, Xavier Emmanuelli, le fondateur du Samu Social, a souhaité que les personnes de la rue, et ayant des pathologies diverses puissent être pris en charge de manière correcte.

C'est ainsi qu'il a développé, de manière expérimentale, un projet de lieu de soins géré par des infirmières.

L'Insee a constaté une hausse importante de sans domicile dans la rue (plus de 50 % entre 2001 et 2005) ; hausse qui ne cesse de se confirmer par la suite du fait d'une dégradation de la situation économique.

Dans ce contexte, une réflexion a été entreprise pour développer des structures afin de prendre en charge les sans domicile ayant une problématique aiguë de santé ; réflexion à l'origine de la création des LHSS.

Organisation des LHSS

Ces unités accueillent les patients ayant une pathologie aiguë (psychique ou physique).

Ces personnes ne peuvent plus être prises en charge dans des établissements hospitaliers (problème de flux) ou dans des lieux d'accueil dédiés (manque d'expertise à ce sujet).

De ce fait les LHSS représentent une alternative souvent nécessaire pour ces populations de la rue.

Les LHSS assurent un hébergement de ces personnes 24h/24 durant 365 jours par an.

La durée de séjour maximale est fixée, par l'ARS (Agence Régionale de Santé) qui est le financeur, à deux mois.

L'activité de ce service s'organise en deux pôles :

- ⊕ Un pôle médical constitué d'infirmières, d'aides soignantes, et de médecins. L'effectif varie en fonction du nombre de lits proposés (il varie en fonction des départements et des lieux urbains ou ruraux).
- ⊕ Un pôle social avec éducateurs et assistantes sociales dont le but est d'assurer une insertion sociale après le séjour (souhait de l'ARS).

Tout médecin libéral ou hospitalier peut envoyer un patient dans cette structure.

Il fait une demande (qui est téléchargeable le plus souvent), et il reçoit une réponse pour une possible intégration du patient qui est fonction de la pathologie, mais aussi de la disponibilité.

Les LHSS et ses caractéristiques

Des études menées par nos décideurs, mais aussi les différents intervenants travaillant au sein de ces structures, ont permis de mettre en avant le fait que 78 % des problématiques de santé ont pu être résolus au décours d'un séjour au sein des LHSS.

Néanmoins, les différents intervenants sont souvent confrontés à des situations délicates et parfois difficiles à gérer chez ces patients dans le domaine de l'intégration de ces populations.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de nous pencher sur la question de la discrimination.

Pour mieux appréhender cette situation, nous avons décidé de présenter 3 situations cliniques illustrant cette situation où cette notion a été l'objet d'une réflexion approfondie par l'ensemble des partenaires des LHSS.

La discrimination des sans-abri entre eux : cas clinique 1

Mme S., patiente de 61 ans d'origine française, est hébergée au sein de la structure depuis 1 mois du fait de rectorragies importantes en rapport avec une probable MICI.

Mme P., patiente de 31 ans d'origine africaine, est en situation irrégulière. Cette dernière est porteuse du VIH et du VHC. Dans ce contexte, du fait d'une rupture de soins depuis quelques mois, il a été décidé d'évaluer sa situation clinique ; raison de son séjour au sein des LHSS.

Ces deux personnes se côtoient journellement, et partagent la même chambre.

Cependant, au décours du séjour Mme S. s'en prend violemment à Mme P. en ayant des propos racistes discriminatoires.

Mme S. ne comprend pas que sa compagne de chambre puisse être accueillie en France alors qu'elle est en situation irrégulière.

La problématique du racisme chez les sans domicile (4-5)

Une situation stable au sein de la population française

Un rapport a été remis en mars 2018 par la Commission nationale consultative des droits de l'homme concernant le racisme au sein de la Société française.

Ainsi, il est mis en évidence durant la période 2013/2016, une évolution vers une plus grande tolérance.

La notion de racisme biologique n'est plus dans les esprits de 91 % de nos concitoyens.

Néanmoins des préjugés existent cependant vis-à-vis de certaines communautés, ou pour des personnes ayant certaines convictions religieuses.

Le racisme chez les sans-abri

La situation est plus contrastée au sein de ce groupe car l'exclusion de la Société de ces personnes conduit à la recherche de solutions simplistes qui visent à résoudre cette problématique à « leur façon ».

La promiscuité est un facteur qui majore ce sentiment auprès de ces populations qui sont en situation de précarité et qui voient leur avenir avec beaucoup d'appréhension.

Une notion d'injustice s'exacerbe régulièrement lorsqu'une personne n'ayant pas de droits sur le sol français arrive à obtenir des « faveurs » qu'elle ne peut obtenir.

De ce fait, ces SDF ont plus d'écoute vis-à-vis de discours extrémistes qui pourrait améliorer leur avenir sombre.

De plus, certains médias génèrent des réactions pas nécessairement opportunes et favorisent des indignations non fondées.

Comment remédier à cette situation ?

Il faut baser notre travail sur l'éducation, et la relation individuelle.

Il faut laisser s'exprimer le sans-abri pour pouvoir lui donner le change.

Il faut que les différents acteurs médico-sociaux interviennent pour rectifier cette vision erronée.

Cependant, il est parfois difficile d'avoir une réaction adéquate du fait d'une désocialisation qui modifie de manière durable l'idéologie et la manière de penser de ces personnes.

En ce qui nous concerne, nous avons résolu de manière radicale cette problématique :

- ☒ Une nouvelle orientation vers une structure CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale) de Mme S qui refusait toute discussion, et qui n'avait pas honoré les rendez-vous chez le gastro-entérologue.
- ☒ Un envoi vers un CHRS de Mme P qui ne pouvait pas être prise en charge de manière correcte (absence de couverture sociale, et importante distance avec le centre hospitalier).

La discrimination secondaire à une absence de prise en compte de la situation sociale du sans-abri : cas clinique 2

M. O., vient séjourner dans notre unité de LHSS suite à une demande effectuée par le CH proche.

Ce patient est porteur d'une artériopathie, et actuellement il présente une nécrose de plusieurs orteils pouvant engendrer une gangrène (cliché 1).



Cliché 1 : Nécrose des orteils secondaire à une artériopathie

Ce patient est très désocialisé, et vit dans la rue depuis plusieurs années.

Son adaptation au sein de la structure est difficile (il supporte difficilement la promiscuité et le règlement), et ses notions d'hygiène restent très aléatoires.

A l'issue d'une consultation effectuée au sein de l'équipe chirurgicale, une seule proposition est évoquée sans que M. O. ne donne son avis : l'amputation.

M. O. refuse obstinément cette solution ; raison pour laquelle l'équipe hospitalisation le renvoie manu militari en nous indiquant la fin des rendez-vous avec les praticiens de l'unité en charge des plaies.

En conséquence, nous avons effectué une prise en charge médicale sur ses plaies, et nous avons administré un traitement anti-agrégant pour éviter une aggravation de l'artériopathie de ce patient.

La discrimination vis-à-vis du soin du patient désocialisé.

Une situation classique chez les patients désocialisés : le refus du soin (6-7)

Le refus de soins est souvent observé chez des personnes ayant une marginalisation ou une désocialisation importante.

Il existe une souffrance autant morale que physique chez les patients vivant dans la rue.

Du fait de conditions difficiles vécues dans un milieu hostile, une insensibilité aux douleurs physiques est objectivée ; laquelle est favorisée par une majoration de la douleur morale.

Il n'y a plus de véritable prise en compte de l'altération de leur état physique. Tout se passe comme s'ils oubliaient l'existence de leur corps.

Le retentissement psychique induit par l'exclusion de la Société est à l'origine d'une dévalorisation, mais aussi d'un sentiment d'inutilité.

Penser que les SDF refusent le soin du fait de pathologies psychiques est une analyse quelque peu réductrice, car c'est avant tout la relation entre leur pathologie, et les moyens pouvant être mis en œuvre pour les améliorer qui est défailante.

Ces personnes très désocialisées perdent leur identité (à titre personnel ou collectif), et ne sont plus en mesure d'avoir une idée sur leur propre situation.

Ce phénomène est proportionnel à l'importance de la désocialisation.

La sollicitation aux services de soins de cette frange de la population est moins importante.

Cela explique le fait que ces patients présentent plus rapidement des altérations physiques visibles sur leur corps (perte de dents...); éléments étant également à l'origine d'un pourcentage de décès au sein de cette catégorie de concitoyens importante (5 % par an à partir de 40 ans).

Il ne faut pas oublier que l'espérance de vie de cette frange de la population, suivant Médecins du Monde, est réduite par rapport au reste de la population (moyenne de 45 ans).

Comment « recoller » les morceaux, et permettre à M. O. d'accepter le soin ?

Il faut avant tout qu'il puisse prendre ses repères au sein d'une Société qu'il a négligée depuis de nombreuses années.

Ainsi, le refus « très technique » de nos collègues hospitaliers n'a fait que majorer les craintes du patient vis-à-vis d'une prise en charge classique.

Cette discrimination dans le soin de nos collègues est quelque peu dérangement.

Cependant, elle s'explique aisément car le milieu hospitalier est un lieu aseptisé, et les prises en charge sont basées sur des recommandations que ces confrères revendiquent et appliquent à la lettre sous peine de poursuite ou de sanctions administratives.

La discrimination dans la prise en charge du patient dans la rue : cas clinique 3

M. S. a intégré il y a deux mois de cela l'unité des LHSS.

Il a été orienté car il présentait une claudication des membres inférieurs, une dyspnée, et des ulcères d'origine veineuse des membres inférieurs.

Ce patient âgé de 62 ans, suite au décès de sa compagne, n'a pas payé de nombreuses factures envoyées à son domicile.

De ce fait, ce retraité a été mis à la rue il y a deux ans de cela.

Il s'est contenté de se loger dans des alcôves à l'abri du froid, ou à certains moments dans des hôtels bons marchés.

Il est diabétique de type 2 et hypertendu depuis 10 ans, et il n'a pas poursuivi son traitement du fait de sa situation sociale ; ce dernier considérant le fait que sa santé était secondaire par rapport à la gestion du quotidien (voir cas N°2).

Or, dans certains cas il faut sortir des sentiers battus, et oublier les préceptes appris ou applicables dans certaines situations.

Aussi, il faut faire des concessions pour que M. O. puisse reprendre des repères ; cela sans essayer de le brusquer et en prenant le temps nécessaire à cette prise en charge.

Dans notre cas, malgré notre volonté de le prendre en charge de manière « douce », M. O. a refusé de poursuivre son séjour.

Il est retourné dans la rue avec toutes les conséquences liées à cette décision pas nécessairement opportune.

De toute manière nous devons être patients car, même s'il a refusé de séjourner dans notre unité, il accepte de venir dans un des CHRS géré par l'association pour dormir en période hivernale.

De cette façon il accepte plus facilement les soins prodigués sur son pied.

Nous sommes confiants de l'évolution de la situation de ce patient qui va progressivement accepter une prise en charge adaptée à son handicap.

A notre arrivée, nous constatons que M. S. présente une insuffisance cardiaque avec une FEV à 25 %, une fibrillation atriale, et un descellement de sa prothèse gauche nécessitant une intervention chirurgicale rapide (il a de grosses difficultés à se mouvoir) (cliché 2).



Cliché 2 : Scintigraphie qui objective un descellement prothétique

Compte tenu de sa situation médicale et de ses ressources suffisantes, les éducateurs en charge de cette personne ont proposé de l'envoyer dans un EHPAD.

Cette solution permet de le mettre à l'abri, et de vivre décemment en ayant une aide quotidienne.

Cependant, même si les critères financiers et statutaires permettent cette intégration, nous nous heurtons à de nombreuses interrogations en rapport avec sa situation sociale : alcoolisme, pathologie mentale ; autrement dit une discrimination vis-à-vis de la rue de la part des personnels administratifs de la maison de retraite.

La discrimination des personnels de santé vis-à-vis des patients de la rue (8-9-10)

Les idées pas nécessairement justes concernant les SDF

L'image du SDF est celle d'une personne ayant des problèmes d'hygiène, et ne respectant pas l'ordre établi.

En 2003, une étude diligentée par l'Insee permettait de mettre en lumière le fait que 10 % des patients vivant dans la rue se plaignaient de problèmes digestifs.

De plus, l'étude Samenta mettait en lumière en 2010 le fait que 7,9 % de ces personnes avaient une consommation d'alcool ; le plus souvent les jeunes ayant entre 18 et 25 ans (18,5 %).

De plus, les pathologies psychiques représentent plus de 30 % des personnes vivant dans la rue.

Parmi ces personnes, la prévalence de la schizophrénie est de 3 à 5 fois plus importante par rapport à la population générale.

Ces éléments sont cependant réducteurs, car comme nous le voyons la grande majorité de ces personnes ne présente pas de réelle addiction, ni de pathologie psychiatrique.

En fait l'image que nous avons est souvent véhiculée par des situations vécues (il s'agit souvent des cas isolés), ou des images reproduites dans les différents médias pour choquer le plus souvent.

Cette perception, tout à fait incorrecte, est souvent la source d'une incompréhension ou d'un refus de soins chez ces patients par certains acteurs de santé (pas nécessairement les médecins).

Le problème de la durée de séjour

Comme nous l'avons présenté précédemment, un séjour en LHSS ne doit pas statutairement excéder 2 mois.

Or, dans le cas de notre patient, la situation sociale ne lui permet pas décemment de revenir dans la rue.

De ce fait, nous avons fermé les yeux (nous sommes avant tout aussi des professionnels humanistes) sur cette notion des deux mois.

Cependant, nous ne sommes pas restés les pieds dans le même sabot, et nous avons essayé de trouver une solution rapide pour que M. S. puisse intégrer une structure en adéquation avec son handicap.

Bien entendu, une proposition pourrait être proposée dans ce cas de figure ; proposition qui serait en accord avec cette situation, les LAM (les lits d'accueil médicalisé).

Les LAM ont pour but de prendre en charge les patients vivant dans la rue ayant des pathologies chroniques graves (cancer, handicap sévère) au long cours.

Malheureusement, ces unités restent très peu développées et existent uniquement dans les grands centres urbains.

Quelles solutions allons-nous proposer à M. S. ?

Nous avons décidé de garder ce charmant patient dans notre structure jusqu'à son hospitalisation pour changer sa prothèse (5 mois de séjour).

A l'issue de cette hospitalisation, et d'une rééducation qui sera entreprise au décours, il va intégrer l'EHPAD qui était très réticent pour accepter son intégration.

Conclusion

La gestion du quotidien au sein d'une structure comme les LHSS nécessite une bonne coordination de l'équipe.

Pour permettre aux résidents de rebondir, et d'éviter une éventuelle stigmatisation suite à leurs problématiques, nous nous reposons sur un travail qui associe les acteurs médicaux et paramédicaux, mais aussi les acteurs travaillant dans le social.

Bien entendu, il est parfois frustrant de ne pas obtenir une réponse adaptée à certaines situations, mais nous devons rester pragmatique.

C'est en travaillant ensemble que nous pouvons mieux appréhender certains cas délicats comme ceux en rapport avec les discriminatoires (cliché 3).



Cliché 3 : Équipe des LHSS avec aides-soignants (Noémie Lécutier, Faillant Antoine), infirmière (Fernandez Maria) et médecin (Frances Pierre).

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe des LHSS et notamment Lécutier Noémie, et Faillant Antoine les deux aides-soignants de l'équipe.



AUTEURS

Pierre FRANCES

*Médecin généraliste coordinateur des LHSS du CHRS Saint Joseph
1 rue Saint Jean Baptiste 66650 Banyuls-sur-mer*

RODA Maria FERNANDEZ

*Infirmière des LHSS du CHRS Saint Joseph
1 rue Saint Jean Baptiste 66650 Banyuls-sur-mer*

Caroline CHAN SUN

*Interne en médecine générale
34000 Montpellier*

Harriet Phyllis PINNEGAR

*Interne en médecine générale
Programme Hippocrates
Seville. Espagne*

Bibliographie

1. Camberlein P. Le dispositif de l'action médico-sociale en France. Ed. Dunod 2011.
2. Yaouancq F, Duée M. Les sans domiciles en 2012, une grande diversité de situations [Internet]. INSEE; 2014 [cité 28 mai 2019]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288519?sommaire=1288529>.
3. Picon E, Sannino N, Minet B, Henocq AC, Seigneur R. Evaluation du dispositif Lits Haltes soins Santé (LHSS). Itinéraire Conseil 2013. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/DGCS-LHSS-rapport_final-12fev2013_itinere.pdf.
4. Rapport sur la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la xénophobie. 2017. https://www.cncdh.fr/sites/default/files/essentiels_du_rapport_racisme_2017_-_pour_impression_ok_1.pdf.
5. Trigalet P. Précarité et attitudes racistes. Pensée Plurielle 2003; 5: 29-31.
6. "Le consentement aux soins des personnes à la rue". https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/mip/groupe_11.pdf.
7. Dequiré AF. Le corps des sans domicile fixe. Recherches et éducations 2010; 3: 261-283.
8. Adam C, Faucherre V, Micheletti P, Pascal G. La santé des populations vulnérables. Ed Ellipses 2017.
9. De La Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide 2003. Insee 2003. De La Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide.
10. Laporte A. La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en île-de-France. https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_Sementa_2010.pdf.

Snjmg

GARDER CONTACT - ADHERER

www.snjmg.org

Tél. 07 71 05 13 81

N'hésitez pas, nous sommes là pour ça !



**Retrouvez toutes
nos actualités et
communiqués sur le site**

snjmg.org



RÉSEAU
PRO
SANTÉ



ANNONCES DE RECRUTEMENT





La ville de Courdimanche recherche :

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES et SPÉCIALISTES

Pour intégrer un cabinet paramédical privé situé à 5mn de la gare RER de Cergy-le-Haut.

Localisation géographique : La ville de Courdimanche se trouve à 30 km au Nord-Ouest de Paris dans le département du Val-d'Oise, elle est intégrée à la Communauté d'Agglomération de Cergy-Pontoise. Son emplacement géographique offre une attractivité de par sa situation proche de la capitale et son accessibilité pour tout type de transports. Sa population est d'environ 6700 habitants. La scolarisation est possible jusqu'au collège. Le centre paramédical se trouve au cœur du village proche de commerces de proximité, de loisirs et de promenade (golf, parcours sportif...).

Locaux : Une structure dédiée au bien-être à et la santé permettant l'accueil de 5 praticiens. L'ouverture du Cabinet est prévue à l'été 2021. Les locaux sont totalement neufs.

Un local est pris par trois infirmières. Chaque local possèdera un lave-mains, sera câblé fibre et ADSL, salle d'attente jusqu'à 12 personnes, WC PMR, accès PMR et place de parking PMR. WC privé pour les professionnels à l'étage et parking privé. Les visites sont possibles afin de découvrir la qualité des locaux.

Contact : Nicolas PAJTAK - 06 15 26 96 15





LA MAISON MÉDICALE DE MORTCERF (77)



RECHERCHE

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

PRÉSENTATION DE LA COMMUNE

Mortcerf (1460 habitants) est située à 45 kms de Paris par l'autoroute A4, à 40 minutes de la Gare de l'Est (ligne P) et à 15 kms de Disneyland et du Centre Commercial du Val d'Europe. Elle offre un cadre de vie idéal pour les jeunes familles, disposant d'atouts indéniables : écoles maternelle et primaire, commerces, services publics (poste, gendarmerie...), mais également un tissu associatif dynamique et un patrimoine naturel appréciable.

OFFRE DE SOINS SUR LE TERRITOIRE

La maison médicale de Mortcerf dispose de deux cabinets vacants, spacieux (20 ET 24 m²), lumineux et confortables. Elle est installée dans un ancien manoir, complètement réhabilité aux normes ERP en vigueur, au milieu d'un parc municipal arboré. Elle accueille actuellement une équipe dynamique composée d'un médecin généraliste, de deux infirmières, de deux kinésithérapeutes, d'une ostéopathe, d'une podologue, d'une psychomotricienne et de deux orthophonistes. Une souplesse totale est offerte aux médecins pour organiser leur activité (temps partiel possible).



CONTACTS
Christian BOUVIER (Maire)
01 64 04 30 39
mairie-de-mortcerf@wanadoo.fr



RECHERCHE EN URGENCE : 1 médecin généraliste

Centre Morainvilliers

Village paisible, aux alentours champêtres et boisés, la commune de Morainvilliers où il fait bon vivre, vous séduira pour sa tranquillité.

Idéalement située dans la vallée de la Seine à 34 km de Paris près de l'A13 et l'A14, à moins de 10 km de Poissy, 15 km de Saint-Germain-en-Laye et 30 km de Mantes-la-Jolie, la commune de Morainvilliers en plein essor a tous les atouts pour vous séduire. Avec ses 3000 habitants, la commune compte déjà une équipe professionnelle dynamique de santé : 1 médecin généraliste, 1 pharmacie, 4 kinésithérapeutes, 1 ostéopathe, 1 cabinet dentaire et 1 infirmière.

Le cabinet médical récemment aménagé par la commune peut accueillir 4 praticiens. Il dispose de 4 bureaux d'environ 20 m², une salle d'attente et des sanitaires. 3 sont actuellement occupés par un médecin généraliste, un ostéopathe et une infirmière et attend un deuxième médecin généraliste pour répondre aux besoins locaux. Il est situé au cœur du village, stationnement à proximité.

Pour les modalités de location, merci de nous contacter au **01 39 75 87 53** ou par mail : communication@morainvilliers-bures.fr

Cabinet médical au RDC






VERT-LE-GRAND,
village rural de l'ESSONNE, de 2300 habitants, situé à 35 km
au sud de PARIS.

RECHERCHE

UN OU DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

(pour remplacer son unique médecin qui part à la retraite fin mai 2021).

Vous rejoindrez deux kinés, deux infirmières et un pédicure podologue dans une maison médicale aux locaux neufs livrés en septembre 2021. Vous serez à proximité d'un nouvel ensemble immobilier de 70 logements et d'une MARPA (foyer logement), à deux pas d'un cœur de village agréable avec des commerçants dynamiques (Pharmacie, boulangerie, boucherie-charcuterie-traiteur, fromager, épicerie, coiffeur, salon de beauté...). Logements possibles.

Contactez la mairie au 01.64.56.02.72 ou par mail à commune-vert-le-grand@wanadoo.fr



LA COMMUNE D'ANGERVILLIERS

RECRUTE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

PRÉSENTATION DU TERRITOIRE

Angervilliers est une charmante commune française située à 36 kms au sud-ouest de Paris dans le département de l'Essonne, en région Île-de-France (proche du péage de Dourdan, de la gare autoroutière de Briis-sous-Forges et des lignes B et C du RER). Commune de 1 700 habitants, c'est un bourg agréable, boisé et rural qui éveille la curiosité des randonneurs. Avec une école maternelle et élémentaire, sa supérette, sa pharmacie, sa boulangerie et son coiffeur qui rythment la vie paisible de la commune et ses régulières animations associatives.

ÉTAT DES LIEUX

Notre futur médecin assurera le rôle de généraliste auprès d'une population rurale-urbaine de tous âges avec une évolution démographique prévisionnelle de + 17.65 % à l'horizon de la décennie à venir, ainsi qu'un bassin de population de 10 000 habitants. Le cabinet médical propose un tissu médical composé de : psychologue, psychothérapeute, infirmière, sexologue, ostéopathe...

Contactez la mairie pour plus de renseignements
01 64 59 02 06 - contact@ville-angervilliers.fr



LA CPAM de la Somme recrute !



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Les métiers au service de la prévention de la santé

Le Médecin de Prévention assure les consultations médicales à des fins de prévention et participe aux missions de Santé Publique du CPES.

Principales missions

- Assurer les consultations dans une optique de prévention : dépistage des pathologies et des facteurs de risque.
- Interpréter les examens paracliniques et biologiques.
- Sensibiliser à la prévention en général, à l'intérêt des démarches de prévention, éducation en santé, vaccinations, facteurs de risques environnementaux et comportementaux (prévention primaire).
- Assurer un diagnostic précoce, relayer les campagnes de dépistage organisées (prévention secondaire), prévenir les complications des affections déjà connues (prévention tertiaire).
- Assumer la responsabilité du dossier médical constitué et alimenté au CPES et de l'information nécessaire des médecins traitants lorsque le consultant a donné son accord à la transmission du dossier.
- Participer aux études, aux enquêtes épidémiologiques et aux actions de santé publique.

Vous êtes titulaire d'un diplôme d'État de Docteur en médecine et êtes inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins, alors n'hésitez pas à :

- Contacter le service Ressources Humaines de la CPAM de la Somme pour plus de renseignements au 03 22 97 68 32 ou par mail, à l'adresse suivante : recrutement.cpam-amiens@assurance-maladie.fr
- Vous rendre sur le site Ameli Carrière : <https://assurance-maladie.ameli.fr/carrieres/offres> ou La Sécu Recrute <https://www.lasecurecrute.fr/>

Conditions particulières

Rémunération temps partiel 22h :

2 750,00 euros x 14 mois + titres repas

Répartition des horaires : 7h les lundis et jeudis, 4h les mardis et vendredis matins

Mutuelle d'entreprise, CSE...



Nous recherchons UN MÉDECIN DE PRÉVENTION

à temps partiel

(22 heures par semaine) pour notre Centre de Prévention et d'Examens de Santé (CPES) d'Amiens. La mission principale du CPES est de réaliser des examens périodiques de santé aux assurés du régime général de l'Assurance Maladie et certains autres régimes, dans un objectif de dépistage et de prévention.

ISIGNY-LE-BUAT

est une ville située à 30 km à l'est du mont Saint-Michel, dans le département de la Manche, un coin de paradis en Normandie !



3 MÉDECINS GÉNÉRALISTES SALARIÉS en CMS en Normandie

PROFIL

Qui ? Médecin diplômé de médecine générale et inscrit à l'Ordre des médecins.

Où ? Isigny-le-Buat, commune dynamique de 3 315 habitants.

Quelles conditions de travail ?

- Temps complet/partiel.
- CDD initial, avec possibilité de passage en CDI par la suite.
- Rémunération très attractive : nous contacter !

Temps de travail ? au choix :

- Temps de travail hebdomadaire 35h et 5 semaines de congés payés annuels.
- Temps de travail hebdomadaire 39h et 5 semaines de congés payés annuels + 22 jours de RTT.

Pourquoi nous rejoindre ?

- **Salariat** : Participation employeur pour la prévoyance et la mutuelle santé. RCP assurée par l'employeur, meilleure couverture en cas d'arrêt maladie ou congés maternité/paternité. Aucune tâche administrative/secrétaire/comptable. Possibilité de consacrer du temps aux staff médicaux, à l'optimisation des prises en charge, à la formation (DU, FST, etc.) sur du temps de travail rémunéré.
- **Rejoindre une équipe jeune et dynamique.** Travail d'équipe permettant une adaptabilité de l'offre de soins aux déserts médicaux et aux contraintes sanitaires.
- Centre dont les locaux (architecture, matériel, logiciel...) et le fonctionnement ont été **pensés par des médecins.**



MISSIONS

Au sein du CMS vous devrez :

- Réaliser des consultations de soins programmées, non programmées et des visites à domicile (véhicule mis à disposition).
- Participer à la permanence de soins ambulatoires si vous êtes intéressés (au volontariat).
- Assurer l'accueil d'étudiants (externes, internes).

CONTACT

Pour tout renseignement : Louisa LOPEZ, coordinatrice du Centre municipal de Santé (02.33.89.20.30 ou mairie@isignylebuat.fr).

Pour candidater : CV et copie de vos diplômes à adresser à Madame le Maire, 26 rue de Pain d'Avaine, 50540 Isigny-le-Buat

LA MDPH DES ARDENNES

située à 50 minutes de Reims et 1h45 de Paris.



MISSION

Le titulaire du poste aura pour mission de participer à l'évaluation des demandes des personnes en situation de handicap en mettant sa compétence médicale à disposition de l'équipe pluridisciplinaire, présenter un avis circonstancié sur ces demandes devant la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDAPH) et participer au traitement des recours gracieux et contentieux.

ACTIVITÉS

Évaluation des besoins des usagers : Recueil et analyse des besoins, rencontre à domicile au besoin, participation à l'étude des situations complexes en équipe pluridisciplinaire, recueil des éléments du parcours des personnes auprès des professions de santé en sollicitant des expertises au besoin, expertise médicale auprès des équipes locales en charge d'étudier les demandes des usagers.

Présentation des situations devant la CDAPH et suivi des décisions : Rendre compte des avis de l'équipe devant la CDAPH, plans personnalisés de compensation, mémoires en défense contre les recours déposés auprès des juridictions compétentes, participation au traitement des demandes de recours gracieux et contentieux, réponses et traitement des Recours Administratifs Préalables Obligatoires (RAPO).

Vie institutionnelle : Veille médicale dans le champ du handicap et information auprès de l'équipe pluridisciplinaire, participation aux temps de formation et d'échanges inter-MDPH, participation aux réunions de services, système d'information harmonisé.

Information des usagers et partenaires : Information des moyens de compensation existants et conseil auprès des usagers dans leurs choix, participation à la formation des professionnels de santé aux évolutions réglementaires dans le champ du handicap, information sur l'avancée du traitement des demandes des personnes.

PROFIL

Diplôme d'État de Docteur en médecine, inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins.



recherche

un médecin

(H/F - vacation)

Cadre d'emploi
des médecins territoriaux

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + CV À :

Mme la Directrice - MDPH 08
55, avenue Charles de Gaulle - 08000 CHARLEVILLE-MÉZIERES
Courriel : courrier@mdph08.fr

Envie de rejoindre une **équipe pluriprofessionnelle**
et **pluridisciplinaire**, autour d'un projet de santé partagé ?

Postes de médecin généraliste

Temps plein/temps partiel, multi-statuts possible (salarié, PH, et/ou libéral) à pourvoir immédiatement pour **Sainte-Menehould** et **Nouzonville**. Dès septembre pour **Bar/Aube** et **Sézanne**. Possibilité de bénéficier des aides à l'installation ou CESP.

Autonomie dans le soin, secrétariat, dossier médical informatisé, agenda partagé, formations, pas de loyer, ni d'investissement, ni de charges locatives !



N'hésitez pas à contacter
Marielle TRABANT, Directrice des
Centres de santé Champagne-Ardenne
pour tout renseignement
07 62 27 27 13 | mtrabant@utrca.fr

L'Association Addictions France cherche**DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
OU SPÉCIALISTES**

Temps-plein ou temps-partiel

DANS LES DÉPARTEMENTS

- De l'Ain : 0,6 ETP basé à Bourg-en-Bresse.
- De l'Allier : 0,8 ETP basé à Moulins et/ou Vichy.
- Du Cantal : 0,8 ETP basé à Aurillac.
- De Drôme : 0,8 ETP basé à Valence.



Rejoignez les équipes
médicales d'Addictions France
en Auvergne-Rhône-Alpes !

Addictions France recrute en Auvergne-Rhône-Alpes des médecins pour intégrer les équipes pluridisciplinaires (psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, secrétaires) composant les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du territoire. CDI, Convention Collective 66 - Grille de salaire des médecins généralistes ou spécialistes.

**CONTACTEZ-NOUS**

par mail à : aura@addictions-france.org ou par téléphone au **04 78 39 02 58**

COMMUNE DE MONTAGNE**RECHERCHE****MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

La commune de Lélex situé dans l'Ain recherche un médecin généraliste pour une installation durable.

Compétence en traumatologie ou médecine de montagne appréciée.

Lélex est une commune touristique au cœur du Parc Naturel Régional du Haut-Jura, site principal de la station de ski Monts-Jura et frontalière avec la Suisse (45 km de Genève). (www.lelex.fi).

Située dans une station de ski hiver-été classée, dans une vallée de 1 000 habitants permanents et de 5 000 lits d'accueil lors des saisons touristiques. Aéroport de Genève à 45 km.

Scolarisation possible dans la commune et dans les villages aux alentours.

Commerces, infrastructures de loisirs et Office de Tourisme présents sur place.

Aide à l'installation de la part de l'ARS avec avantages fiscaux.

Local professionnel offert par la Municipalité la première année.

RENSEIGNEMENTS

auprès de **Roger GROSSIORD**, Maire de Lélex
par l'intermédiaire du secrétariat de mairie :

04.50.20.91.15

**LA COMMUNE DE CHANAS (38150)****recherche****DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX**

pour son pôle pluriprofessionnel.



Notre commune jouit d'une situation privilégiée, à la croisée d'importantes voies de communication, axes Lyon-Valence (RN7 et A7) et Annonay-Grenoble (D519), limitrophe avec St Rambert d'Albon (26) et très proche de l'Ardèche (5 kms).

L'échangeur autoroutier (sortie n°12 de l'A7) est à 2 mn du centre du village, avec un parking de covoiturage. Lyon est à 50 mn et la gare SNCF de St Rambert d'Albon (26) est à 10 mn et celle de Péage de Roussillon (38) à 15 mn.

Elle est en plein développement démographique (environ 2700 habitants) et compte de nombreux commerces (pharmacie, boulangerie, boucherie, épicerie, coiffeuse, auto-école, etc.). Proche d'enseignes de la grande distribution et de zones commerciales.

Elle est équipée d'un terrain de football en synthétique, de deux courts de tennis, d'un mini-stade, d'un dojo etc. Elle est animée par une vingtaine d'associations sportives ou culturelles.

Les enfants peuvent être scolarisés à l'école maternelle ou à l'école primaire et bénéficier du périscolaire avec le pôle enfance jeunesse.

Notre pôle pluriprofessionnel se situe en plein centre du village dans lequel un local est réservé à un ou deux médecins généralistes, en location. Juste à côté, une nouvelle pharmacie de 2 x 230 m² est en construction, sous laquelle on trouvera des cabinets médicaux. Fin des travaux octobre 2021. Vous aurez donc la possibilité de choisir votre lieu d'installation.

Les professions de santé sont bien représentées dans le village avec une pharmacie, un dentiste, des infirmières, des ostéopathes, des psychologues, des orthophonistes, une ergothérapeute et une opticienne.

La clinique des Côtes du Rhône, à Roussillon (38), se situe à 10 kms et va intégrer ses nouveaux locaux fin avril 2021.



Les candidats doivent contacter
la Mairie au **04 74 84 33 77**
ou le pharmacien au **04 74 84 20 94**

APARM CENTRE DE SANTÉ

Renforce son équipe en recrutant :

**MÉDECINS
GÉNÉRALISTES SALARIÉS**

Temps de travail : 35 heures annualisées.

Contrat : CDI à temps complet ou partiel.

Rémunération : Motivante.

Mise à disposition d'un secrétariat médical dans des locaux neufs totalement équipés.

Prise en charge de toutes les démarches et travaux administratifs.

Niveau de protection sociale avantageux : Maladie, retraite, maternité, congés payés, formation continue.

Lieu d'exercice :

APARM Centre de Santé
Esplanade André Guy
03100 Montluçon

VIVRE À MONTLUÇON

- Ville de taille moyenne.
- Au centre de la France.
- À l'intersection de l'A71 et de la RCEA.
- À 20 minutes de la forêt de Tronçais.
- À 1h30 du Parc des Volcans et des pistes de skis.
- Ville universitaire (IUT, Lycées, Classes, Prepa, Crèches...).
- Ville dynamique, Musées, Théâtres, Salles de spectacles, Cinéma, Équipements sportifs.

**RENSEIGNEMENT
ET CANDIDATURES**

aparm03@gmail.com
ou **06 59 74 88 85 / 06 08 13 42 98**

SAINTE-COLOMBE-SUR-L'HERS

Commune de 450 habitants, située aux limites de l'Aude et de l'Ariège

Nous sommes à la recherche d'un ou plusieurs MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous pouvons mettre à disposition un local neuf à aménager de 50 à 100 m².

Ce même site accueille une supérette multiservices et un cabinet d'ostéopathie avec un parking.

Village au cœur d'un bassin de vie d'environ 4 000 habitants, un EHPAD (84 lits), une clinique SSR (64 lits), un SSIAD (50 lits), plusieurs professionnels de soin et de santé : Pharmacie, infirmières libérales, kinésithérapeute, ostéopathe, orthophoniste, podologue.

Nous proposons la gratuité du cabinet et d'un logement durant la première année d'installation.

Pour les années suivantes, un loyer modéré sera négocié.



Plusieurs avantages en faveur de l'installation

- Territoire classé en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale).
- Zone de montagne du Massif des Pyrénées.
- Zonage ARS : Zone d'action complémentaire (ZAC).

Cadre de vie pour la famille

- Crèche, école primaire, collège à 6 km.
- Commerces : épicerie multiservices, bars, restaurant.

Pour les loisirs

- Lac de Montbel (600 ha) : Voile, VTT, pêche...
- Station de ski à 25 km.
- Mer Méditerranée à 120 km.
- Au cœur du Pays Cathare et des Citadelles du Vertige.
- Voie verte du château de Montségur à la Cité de Carcassonne passant par notre village.

Situation géographique

- Foix à 40 km.
- Toulouse à 100 km.
- Carcassonne à 50 km.



CONTACTS

- **M. COUTEAU Thierry**, Maire de Sainte-Colombe-sur-l'Hers : 06 75 54 35 12
- **Dr CROESI**, Médecin généraliste, Maître de stage universitaire
alain.croesi@orange.fr

LA COMMUNE DE SUMÈNE RECHERCHE

UN OU DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Beau village cévenol de Sumène, Village de 1500 habitants, idéalement situé entre mer et montagne, à 10 minutes d'un établissement hospitalier, à 1 h de Nîmes, 45 minutes de Montpellier et leurs aéroports et TGV, proche de la mer Méditerranée, 45 minutes de la montagne et du Mont Aigoual.

La commune dispose d'une pharmacie, de 2 cabinets de Kinésithérapeutes, 3 cabinets d'infirmiers, une caserne de pompiers, de 2 écoles primaires, et de nombreux commerces situés très proche.

Deux cabinets médicaux entièrement équipés sont mis à disposition du/des nouvelles ou nouveaux praticiens avec pour démarrer une possibilité d'un logement d'appoint. L'offre d'un médecin salarié peut être aussi étudiée.



CONTACTER

Monsieur Le Maire Pallier Ghislain
04 67 81 30 05
pallierghislain@gmail.com



MONTRÉAL DU GERS recherche

1 à 2 médecins généralistes



Dans une bourgade de 1200 habitants vous trouverez : Maison de retraite, centre hospitalier à 15 kms, commerces de proximité, école communale tous niveaux, caserne de pompiers, gendarmerie. Mer, montagne à 150 kms. Toulouse, Bordeaux à 120 kms.

Un voire deux médecins disposeront d'une patientèle très nombreuse qui est **dans l'attente de médecins généralistes pour venir compléter les soignants** déjà présents au village : Médecin, cabinet d'infirmières, dentiste, ostéopathe, kinésithérapeute, diététicienne et pharmacienne seront là pour vous soutenir.

Un médecin connaissant la patientèle s'est proposé et sera disponible pour assurer les remplacements.

Située en zone de revitalisation rurale, vous pourrez bénéficier d'aides à l'installation.

La municipalité de Montréal vous réservera le meilleur accueil et mettra tout en œuvre pour faciliter votre installation.



Contact :

Tél. : 05 62 29 52 00 / 06 81 07 17 14
Email : mairie-montreal@wanadoo.fr
Mairie de Montréal du Gers



Mulsanne, Commune de 5 300 habitants, appartenant à la Métropole du Mans, située au bout de la célèbre ligne droite des Hunaudières du circuit des 24H du Mans, avec un cadre atypique, est en plein essor démographique et dotée de tous les équipements scolaires, sportifs et commerciaux.

Nous bénéficions également de réseaux de transports, bus et tramway, et sommes situés à 50 mn du Centre de Paris par TGV et à proximité des autoroutes A11 et A28.

Proche géographiquement de Centres Hospitaliers et de structures médicales bénéficiant d'équipements à la pointe de la technologie et d'un Centre Oncologique particulièrement réputé, nous avons une patientèle jeune.



Suite départ en retraite d'un de nos médecins et une mutation pour un autre, nous recherchons PLUSIEURS MÉDECINS

inscrits à l'Ordre des médecins, deux voire trois, pour accompagner le dernier toujours en poste. Le cabinet actuel, composé de 3 bureaux entièrement équipés, n'attend plus que vous, et un nouveau cabinet est en cours de construction (prévu pour 2022).

La commune étant en Zone d'Intervention Prioritaire une aide à l'installation sera attribuée.

De plus, un projet de santé est en cours d'élaboration en lien avec tous les acteurs médicaux de la commune, pharmacienne, kiné, ostéopathe, infirmiers, orthophoniste, et un EHPAD privé.

Pour votre bonne installation la commune vous accompagnera pour trouver un logement répondant à vos attentes, et en lien avec nos acteurs économiques des contacts pourront être créés afin d'aider, le cas échéant, votre conjoint à trouver un emploi.

Possibilité de vous accueillir un week-end pour vous faire découvrir les atouts de notre belle commune et les alentours.



Pour tous renseignements complémentaires merci de bien vouloir contacter par mail Monsieur Le Maire à l'adresse suivante : contact@mulsanne.fr en indiquant vos coordonnées téléphoniques, afin de vous recontacter très rapidement.

LE CENTRE HOSPITALIER CHATEAUBRIANT-NOZAY-POUANCÉ

Proche de Nantes, Rennes, Angers, le centre hospitalier de Châteaubriant - Nozay - Pouancé (850 lits, 1000 agents, 60 médecins) développe son offre de soins dans un contexte d'accroissement des besoins de santé (population de Loire-Atlantique en progression constante).

Le site de Pouancé (distant de 50 min d'Angers) dispose d'une filière complète de prise en charge de la personne âgée avec un service de SSR composé de 15 lits de SSR polyvalents dont 4 lits identifiés de soins palliatifs, et d'une unité de 12 lits d'UCC (Unité Cognitive Comportementale). À cette offre de moyen séjour, s'ajoute un secteur médico-social complet avec, 36 lits de Soins de Longue Durée, 186 lits d'EHPAD disposant d'un PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés sous la forme d'accueil de jour pour les patients atteints de maladies Alzheimer ou apparentées). Cette offre d'hospitalisation et d'hébergement, est complétée par des consultations mémoires.

RECHERCHE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ou GÉRIATRES

Praticien contractuel, Temps plein ou partiel
Pour son site de Pouancé



LE POSTE

Équipe médicale :

L'équipe médicale du secteur SSR-GERONTO Châteaubriant-Nozay-Pouancé est composée de huit médecins : cinq médecins en SSR polyvalent, d'un médecin en SSR spécialisé rééducation locomoteur, et un médecin en HDJ gériatrique et équipe mobile gériatrique.

Le Centre Hospitalier recherche deux médecins généralistes ou gériatres, à temps complet ou mi-temps, pour organiser le service SSR du site de Pouancé. Le poste peut être à temps plein sur le site de Pouancé ou bien à temps partagé entre Châteaubriant et Pouancé.

Le poste peut également s'inscrire dans le cadre d'une pratique mixte ville-hôpital pour un jeune médecin souhaitant conjuguer les deux statuts, de médecin libéral et praticien hospitalier.

Organisation de la permanence des soins :

Présence le samedi matin intégrée à l'équipe médicale SSR, toutes les 6 semaines de 9h à 13h. Astreinte le week-end seulement sur le secteur gériatrique, toutes les 6 semaines également, avec possibilité de logement sur place.



PERSONNE À CONTACTER

Céline Reuzé, Responsable Affaires Médicales - 02 40 55 88 37 - celine.reuze@ch-cnp.fr
Caroline LAMBERT-HEDUY, Directrice des Affaires Médicales - 02 40 55 88 02
caroline.lambert-heduy@ch-cnp.fr

Le Département de la Vendée recrute des MÉDECINS GÉNÉRALISTES

pour le Centre Vendée Santé de Sainte-Hermine afin de compléter son équipe pour un exercice regroupé et coordonné.



VENDÉE
LE DÉPARTEMENT



- De nombreuses possibilités d'exercice salarié offertes : contrat à durée déterminée renouvelable, quotité de travail modulable et évolutive, vacances, contrat de remplacement.
- Un cadre de travail maîtrisé : 39 heures hebdomadaires (pour un temps plein), 35 jours de congés et 12 jours d'ARTT annuels.
- Une qualité et une organisation de travail permettant de concilier au mieux vie professionnelle et vie privée.
- Une rémunération mensuelle négociable en fonction de l'expérience.
- Un secrétariat médical prenant en charge la totalité des tâches administratives.
- Un cabinet médical entièrement équipé.
- Un accompagnement à la mobilité de la famille.



La Vendée :
Exercez le cœur léger !

Contact : Service recrutement - Tél. : 02 28 85 84 64 - virginie.bouhier@vendee.fr

Si vous venez découvrir de nouveaux horizons à **SAINT-LUMINE-DE-COUTAIS** et exercer dans notre Espace Santé.



Vous avez l'opportunité de reprendre la patientèle diversifiée du médecin bientôt à la retraite, accompagné(e-s) d'une équipe pluridisciplinaire dynamique (infirmières, kinésithérapeutes, orthophoniste, ergothérapeute, ostéopathe).

Nous vous proposons 2 cabinets de 20 m², climatisés, avec 1 salle d'attente indépendante.

À proximité de Nantes en Loire Atlantique (44) et du littoral, notre commune en expansion offre un cadre naturel préservé, ouvert sur le Lac de Grand Lieu.

Notre commune vous accompagnera dans toutes vos démarches d'installation.



Vous êtes intéressé(es), contactez-nous :
communication@stluminedecoutais.fr

06 12 23 30 89

Dossier complet sur www.stluminedecoutais.fr



VENEZ NOUS REJOINDRE EN BRETAGNE !

La commune de Scaër située dans le sud du Finistère recherche de nouveaux médecins pour s'implanter à la maison médicale communale ou en cabinet privé !

Aide à l'installation de 25 000 € (zone ZAR), pour toute nouvelle installation y compris hors primo installation, en libéral ou Centre de santé.

Nous disposons en outre d'une pharmacie, d'un opticien, de dentistes, de cabinets de kinésithérapeutes et ostéopathes, de cabinets infirmiers, une caserne de pompiers, de deux écoles maternelles et élémentaires, d'un collège, d'un EHPAD (et très prochainement d'une nouvelle résidence séniors) ainsi que de nombreux commerces.

La commune est située à proximité de pôles urbains : Quimper et Lorient (respectivement à 30 km et 40 km de Scaër). La voie express, proche de la commune, permet ainsi de relier facilement ces agglomérations en à peine 30 minutes. Vous pourrez compter sur la municipalité et les scaërois pour faciliter votre arrivée dans de bonnes conditions !



Contactez **Mme Elodie VICONTE** (Directrice Générale des Services) - dgs@ville-scaer.fr - **02 98 59 45 13**



Le Centre Hospitalier Simone Veil de VITRÉ (Îlle-et-Vilaine – 35)

Établissement public de santé disposant de 420 lits, comportant les services suivants : urgences (avec SMUR et UHCD), chirurgie, maternité, surveillance continue, médecine, imagerie médicale, long séjour (53 lits), SSR (52 lits), EHPAD (195 lits).

Situé dans une agglomération touristique, entre Laval et Rennes dans un bassin de population dynamique et en pleine expansion.

Gare SNCF - LGV Rennes-Paris 1h25.



Recrute :

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour différents secteurs d'activité :

- HOSPITALISATION DE MÉDECINE POLYVALENTE : Activités de Court séjour gériatrique, de soins palliatifs et de médecine polyvalente, unité COVID.
- PÔLE GÉRIATRIQUE : Activités de SSR, d'EHPAD et d'USLD.
- ADDICTOLOGIE : Consultations ambulatoire, d'équipe de liaison et actions de prévention.
- URGENCES : Service d'Accueil des Urgences, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (travail en binôme avec un médecin urgentiste).

Participation à l'astreinte médicale (un week-end sur 10 environ). Possibilité d'assurer des gardes aux urgences pour les praticiens intéressés.



Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation et CV) à :

Monsieur le Directeur - 30, route de Rennes
B.P. 90629 - 35506 VITRÉ Cedex

Pour tout renseignement complémentaire contacter :

Mme NOZAHIC-PEAN,
Directrice des Ressources Humaines

☎ 02 99 74 14 15

📧 recrutement-stage@ch-vitre.fr

Suite à des départs en retraite successifs, la commune de Magnac-Laval recherche un **et si possible deux médecins** (il y en avait 3 encore il y a 10 ans). Bourg rural de 1800 habitants abritants un site de l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL), Magnac-Laval dispose de **nombreux points forts** sur le plan de la situation géographique, du climat, de l'environnement, de la vie sportive et associative et finalement de la **qualité de la vie**.

Une petite **maison médicale** spécialement aménagée en centre-bourg dispose de **deux cabinets médicaux** (dont l'un encore récemment occupé, contact possible avec le dernier médecin) et de **logements dédiés**. Elle abrite déjà **infirmières, kinésithérapeute et psychologue**. L'ensemble est **mis à disposition** gratuitement (sauf charges locatives) pour tout médecin nouvel arrivant.

Deux **pharmacies** et un **ambulancier** sont en centre-ville. Le site Beauséjour de l'HIHL comprend service de **médecine** (11 lits), service **SSR** (25), unité Alzheimer, EHPAD (225 lits), **SSIAD, SAD...**

La population souhaite vivement accueillir **un ou de préférence deux médecins** (et pourquoi pas un jeune couple), aimant la vie en milieu rural et recherchant un **cadre de vie de qualité**.

LA POPULATION DE MAGNAC-LAVAL recherche : **DES MÉDECINS**



Contactez la mairie au 05 55 68 52 54, ou le Maire, Xavier GUIBERT, au 06 80 67 10 90

NB: La Maison de Santé Pluriprofessionnelle du Dorat, situé à 6 km, est disposée à faciliter l'installation, voire aller jusqu'au partage de l'exercice. Pour information, s'adresser au Docteur Jardel au 06 08 09 86 96.

LE DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE



RECRUTE

PAR VOIE DE MUTATION DE DÉTACHEMENT
OU PAR VOIE CONTRACTUELLE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (H/F)

À TEMPS COMPLET POUR SON CENTRE
DÉPARTEMENTAL DE SANTÉ D'EXCIDEUIL

Le Département de la Dordogne recherche un Médecin généraliste pour son Centre Départemental de Santé d'Excideuil. Rattaché à la Direction Générale Adjointe chargée de la Solidarité et de la Prévention (DGA-SP)

Les dossiers de candidature, accompagnés d'un curriculum vitae, d'une lettre de motivation et des diplômes doivent être envoyés dans les meilleurs délais par courriel cd24.drh.sdcf.oe@dordogne.fr ou à l'adresse suivante :

Monsieur le Président Conseil Départemental de la Dordogne
Hôtel du Département - Direction des Ressources Humaines
2, Rue Paul-Louis Courie - CS 11200 - 24019 PÉRIGUEUX CEDEX

Contact DGA-SP

Tél. : 05 53 02 27 04 (Mme L'Hôte : Directeur Général Adjoint - Solidarité et Prévention)
Courriel : cd24.dgasp@dordogne.fr

Contact administratif

Courriel : cd24.drh.sdcf.oe@dordogne.fr

MISSIONS :

- Assurer en partenariat avec les autres praticiens, au centre ou à domicile les consultations et les soins de médecine générale courante y compris en qualité de médecin traitant,
- Dans le cadre des Orientations en Santé Publique, repérer les situations de santé à risque et orienter le patient vers d'autres professionnels, notamment de second recours,
- Participer à l'élaboration du projet de santé du centre, des protocoles et procédures,
- Prendre part aux réunions de coordination au sein de l'équipe,
- En coordination médico-administrative avec les services Départementaux, réaliser un suivi des publics fragiles en matière d'accès aux soins et aux droits,
- Participer à l'animation et à la mise en œuvre d'actions de prévention, d'information et d'éducation à la santé publique,
- Contribuer au développement des outils techniques, des dispositifs de télé-médecine et de télé-expertise,
- Assurer la Permanence des soins, en collaboration notamment avec les médecins libéraux du secteur,
- Accueillir et encadrer des étudiants et internes en médecine ou assimilés.

COMPÉTENCES :

- Être en capacité de travailler en équipe pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire en lien avec les services départementaux, les établissements et services sanitaires et sociaux ...,
- Savoir utiliser l'outil informatique,
- Détenir des qualités relationnelles et d'écoute, qualité rédactionnelle,

DIPLÔMES REQUIS ET EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES :

- Doctorat en médecine générale (expérience souhaitée et inscription à l'Ordre des Médecins),
- Inscription récente au répertoire national d'identification des professionnels de santé Adeli,
- Suivi actualisé du Développement Professionnel Continu (DPC),
- Maîtrise du parcours de santé et des dispositifs de coordination et d'exercice médical regroupé (souhaitée).

LIEU D'EXERCICE : • Centre départemental de santé d'Excideuil.

CONDITIONS D'EXERCICE :

- Travail en cabinet médical dans des locaux dédiés,
- Travail en équipe de plusieurs médecins généralistes,
- Temps complet : 35H ; amplitude de l'activité variable suivant planning,
- Déplacements dans le cadre de consultations à domicile et des besoins du service,
- Participation à la permanence des soins en ambulatoire, en vue de la mise en œuvre d'une Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS),
- Congés, régime des absences et récupérations en vigueur au CD 24.

LIEU HIÉRARCHIQUE : • Sous l'autorité administrative du Directeur de la DGA-SP, responsable du Centre de Santé.

LIEU FONCTIONNEL : • En lien fonctionnel avec le Médecin coordonnateur du centre, responsable de la mise en œuvre du projet de santé concerté.

RÉSIDENTIE ADMINISTRATIVE : Excideuil.



**POSTE À POURVOIR
AU 1^{ER} JUILLET 2021**

RECHERCHE MÉDECINS GÉNÉRALISTES



DEVENEZ NOTRE SUPER DOCTEUR



VOTRE INSTALLATION FACILITÉE...

- ▶ Loyer attractif en Maison de Santé pluridisciplinaire labellisée
- ▶ Possibilité de logement temporaire
- ▶ Potentiel de patientèle intéressant

Selon le zonage ARS concernant la profession de médecin généraliste, nous sommes situés en Zone d'Accompagnement Complémentaire. Exonérations fiscales dans le cadre de la Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)

Des possibilités d'aides à l'installation variées, consultez notre plaquette Super Doc et contactez-nous...

Cécile Bonnaud - Chargée de mission santé - 06.74.76.83.59 - cecile.bonnaud@ccvg86.fr



YouTube

Témoignages de médecins sur Communauté de communes Vienne & Gartempe + une présentation du territoire sur Sud Vienne Poitou



PROFESSIONNELS DE SANTÉ
LAISSEZ-VOUS **SURPRENDRE !**

Vienne & Gartempe
Communauté de communes
vienneetgartempe.fr

URGENT

Cherche

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

À MESCHERS-SUR-GIRONDE
En Charente-Maritime

Pour cause de départ en retraite d'un de ses trois médecins, la nouvelle municipalité de Meschers recherche de façon urgente un(e) médecin généraliste libéral(e).

Ce médecin pourra rejoindre notre Pôle Santé en projet pour 2022 (prévu pour accueillir 3 médecins).

La commune offrira une aide à l'installation sous forme de participation aux frais de location du cabinet et du logement situé, lui aussi, en centre ville.

Pourquoi **choisir** ?
Meschers-sur-Gironde ?

La commune de 3200 habitants, située le long de l'estuaire de la Gironde, est une station balnéaire intégrée dans la Communauté d'Agglomération de Royan Atlantique, réputée pour sa qualité de vie.

Le cabinet médical, en plein centre ville, rejoindra l'offre de soins déjà présente : Pharmacie, kinésithérapeutes, infirmiers(ères), ostéopathes, psychologue, dentiste...

Un EHPAD, une Résidence Services Séniors, une unité Alzheimer verront le jour fin 2022 ainsi que 83 logements.

Sur place : Tous commerces, marché dynamique, médiathèque, cinéma, bowling, et toute la scolarisation primaire. À 9 km : Collèges et lycées, piscine et gymnases, centres commerciaux.

Situation géographique : 40 min de Saintes, 1h20 de la Rochelle, 1h40 de Bordeaux.



CONTACT

Accueil de la mairie de Meschers
05 46 39 71 00
mairie@meschers.com



LA COMMUNE DES TROIS MOUTIERS RECRUTE : UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

URGENCE aux Trois Moutiers (86) !

Village nord Vienne situé au milieu du triangle Tours, Poitiers, Angers (à 1h de chaque ville). Le Dr Richard Cécile, médecin généraliste remplace seule 3 médecins. Elle cherche urgemment un collaborateur, un adjoint ou encore un médecin assistant pour l'aider à assurer le suivi de la patientèle d'un bassin de population de 5000 habitants (complété par environ 2 500 vacanciers et saisonniers du Center Parc limitrophe). Activité en maison de santé pluridisciplinaire conventionnée ESP (équipe dynamique rassemblant Médecin généraliste, Sage-femme, Infirmières, Kinésithérapeute, Podologue, Orthoptiste, Orthophoniste). Projet de MSP en cours (on attend plus qu'un deuxième médecin !!!!).

Des aides à l'installation sont accordées pour ce poste situé en Zone de Revitalisation Rurale :

Exonération des cotisations sociales, des impôts sur le bénéfice, des subventions d'installation en zone fragile (50 000 euros), plus d'autres facilités et commodités vous attendent. Un logement peut être mis à disposition le temps de votre installation. Les statuts de médecin adjoint et assistant fonctionnent par rétrocession des honoraires. Un salariat peut être envisagé.



N'hésitez pas à nous contacter pour plus de renseignements :
Maison de Santé des Trois Moutiers
4 rue de la Gruche - 86120 Les Trois Moutiers
Tél. : 05 49 22 63 77 - maisonmedicaleles3moutiers@gmail.com



RECHERCHE : Médecin généraliste libéral ou salarié

Description de la structure

L'Association l'Arribet administre depuis 2019 le centre de santé des Luys installé à Arzacq-Arraziguet. L'équipe se compose de 5 médecins et 3 secrétaires. Le centre de santé dispense des soins de premiers recours en partenariat avec les paramédicaux du territoire (kinésithérapeutes, podologue, infirmières, psychologue, sages-femmes...). Le tiers payant intégral est mis en place grâce à un conventionnement auprès d'un large nombre de mutuelles.

Description du poste et de la mission

Le lieu : À proximité de Pau :

Situé à 25 minutes de Pau, 1h30 de Biarritz, 1h30 de Bordeaux, le Centre de Santé des Luys se situe au cœur d'Arzacq-Arraziguet (64) (Échangeur Bordeaux Toulouse à proximité).



Description du poste :

- Temps plein ou temps partiel.
- Statut salarié contrat à durée indéterminée ou à durée déterminée + mutuelle prise en charge à 100 % + intéressement.
- Voiture de service à disposition ou prise en charge des indemnités kilométriques.
- Statut libéral possible.
- Participation à la PDSA.

Profil recherché :

- Inscription à l'Ordre des médecins.
- Niveau d'expérience : indifférent.
- Non thésé accepté.

CONTACT

Courrier : 8 Route de Garlin,
64410 Arzacq-Arraziguet
Tél. : 06 32 50 24 23
Mail : frederic.thomann@arribet.fr

L'ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SOINS ALPINS,
dont le siège social est situé sur la commune de LA SAULCE (05110) située à 20 km de GAP dans les Hautes Alpes (05), regroupant Le Centre Médical de Soins de Suite et de Réadaptation RIO-VERT (62 lits) et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes l'Edelweiss (83 lits) recherche



UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE GÉNÉRALE (F/H)

En contrat à durée déterminée ou indéterminée à mi-temps, soit 75,83 heures par mois.

DESCRIPTION DU PROFIL

Vous travaillerez dans une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins généralistes et spécialistes et un médecin coordonnateur.

Il est souhaitable que vous disposiez d'une expérience en établissements de soins vous permettant d'assurer une prise en charge sur les deux activités de l'établissement (SSR et EHPAD). Vous devez justifier des diplômes, certificats ou autres titres requis par le Code de la santé publique. La pratique de l'informatique est nécessaire (dossier médical sur OSIRIS) Vous êtes doué d'une faculté d'adaptation, d'une capacité de communication et organisationnelle, vous permettant de vous intégrer rapidement à une équipe médicale dynamique et de soignants impliqués.

Rémunération selon convention collective FEHAP et en fonction de l'ancienneté.
Astreintes 1 semaine sur 4, à négocier en fonction de l'éloignement du candidat.

Les personnes intéressées sont priées d'adresser leur candidature à l'adresse mail suivante : med.chef.riovert@wanadoo.fr

Pour plus de précisions, vous pouvez appeler le médecin chef au : 06 87 03 05 39



Espace Santé Cuisery

Pharmacie
Commerces
Supermarché
Écoles maternelle et primaire
Collège
Village du Livre
Saison culturelle



Rejoignez notre équipe de professionnels de santé !

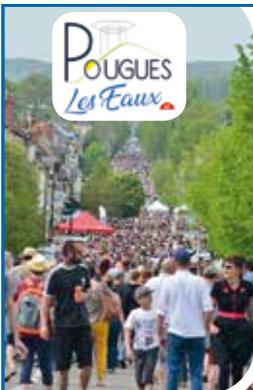


Mise à disposition de chambres



Bien vivre à Cuisery
Commune Connectée

www.cuisery.fr



URGENT SUITE DÉPART EN RETRAITE DE 3 MÉDECINS, RECHERCHONS 2 GÉNÉRALISTES

Vous avez un projet d'installation, nous pouvons vous aider à le concrétiser.

Un logement est disponible pour exercer au plus vite,

Des professionnels de santé sont déjà présents : 1 médecin généraliste, 4 infirmières, 3 ostéopathes, 4 kinésithérapeutes, 2 pédicures-podologues, 1 psychothérapeute sophrologue, 2 dentistes, ainsi que 1 pharmacie et 1 cabinet vétérinaire.

Située à 1h de Bourges, 2h de Paris, Clermont-Ferrand et d'Orléans ; 2h1/2 de Dijon, intégrée à Nevers Agglomération (67 000 habitants), Pougues-les-Eaux (2 400 habitants) est une ville attractive avec casino, parc thermal, complexe sportif, piscine et tissu associatif riche qui anime la commune.

De nombreux services s'offrent à la population tel que le secteur « enfance jeunesse » qui prend en charge les enfants de 0 à 18 ans.



POUR NOUS CONTACTER :
claire.nedellec@ville-pouguesleseaux.fr
ou Tél. : 06 18 06 25 31

Découvrez nos autres atouts sur
www/ville-pouguesleseaux.fr

LE CENTRE HOSPITALIER
SAINTE-MARIE

**2
POSTES DE :**

Praticien Hospitalier de Médecine Générale

Temps Plein, H/F
CDD à compter du 1^{er} mai 2021
Du lundi au vendredi
Pas d'astreintes

SONT PRIS EN CHARGE :

- Transport aérien, aéroport Orly/aéroport Pôle Caraïbes.
- Transport terrestre (Taxi aéroport pôle caraïbe à la gare Maritime A/R.
- Hébergement (1 mois).
- Voiture (1 mois).
- Transport maritime (billet de bateau) 1 aller et retour.

MISSIONS PRINCIPALES :

- Prendre en charge les patients en assurant le suivi médical et les visites.
 - Tenir et mettre à jour le dossier médical du patient.
 - Assurer la prise en charge clinique des patients de l'admission à la sortie.
 - Rencontrer et accompagner les familles.
 - Rédiger les courriers médicaux.
 - Travailler en collaboration avec le Directeur d'établissement, le cadre de santé et les équipes soignantes.
 - Participer à la certification de l'établissement.
- DES ou diplôme de spécialités en Médecine Générale.
DE Doctorat de Médecine.

Inscription à l'Ordre des médecins et N° RPPS obligatoire.

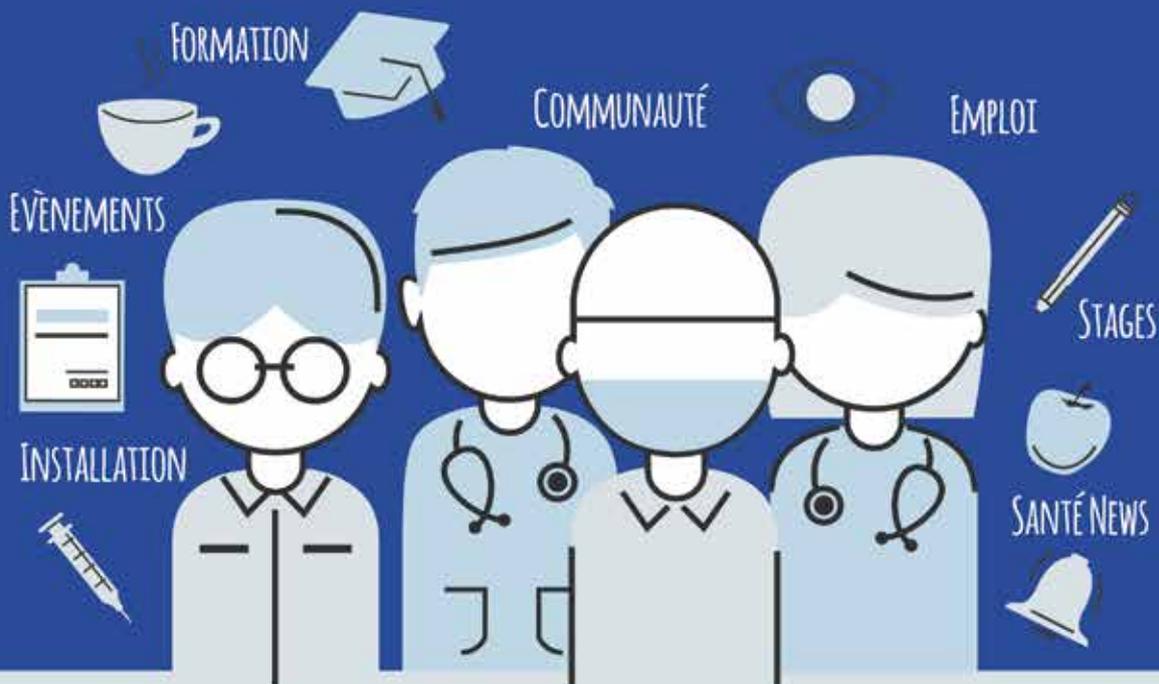
Salaires : En fonction de l'ancienneté du diplôme et la grille de la Fonction publique.



CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Morne Ducos - 97112 GRAND-BOURG
05 90 97 65 00

Monsieur Marc JASMIN
marc.jasmin@ch-mgalante.com





RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

