

JEUNE **MG**

Le Bulletin des Jeunes Médecins Généralistes

Snjmg

N°35
Février 2023

STOP !



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



N°Cristal 0 969 32 4000

APPEL NON SURTAXE

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

La Médicale : société anonyme au capital de 9447936 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 PARIS - immatriculée sous le numéro 582 068 698 RCS Paris - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 PARIS CEDEX 10. Les contrats d'assurance sont assurés par La Médicale et commercialisés par les Agents Généraux de La Médicale. **Generali Vie** - SA au capital de 336 872 976 euros - Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris - Siège social : 2, rue Pillet-Will - 75009 Paris. Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en juillet 2022. Photo : GettyImages. APJD 4956.



lamedicale.fr

La médicale

assure les professionnels de santé

VOTRE ASSURANCE NATURELLE



SOMMAIRE

ÉDITORIAL P. 05

ACTUALITÉS P. 06

Prévention du harcèlement scolaire P. 06

Orthophoniste et maman d'enfants dyslexiques P. 11

De la perversion, selon LACAN P. 14

Petite philosophie des rides de Maël Lemoine P. 21

**Les conditions et aléas dans la prise en charge
des patients ayant eu des morsures ophidiennes
en Guyane française** P. 24

COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU SNJMG P. 34

Une grève ? Pas celle-ci P.34

Interview de Mathilde Hutzler

Interne en dernière année de médecine générale, qui a étudié
les violences médicales lors de sa thèse P.35

**Guide de prise en charge des victimes de violences
sexistes et sexuelles** P.41

Propositions de loi RIST :

Bonnes ou mauvaises idées ? P.44

ANNONCES DE RECRUTEMENT P. 47



JEUNE MG | **N°35** | **Février 2023**



Rapport d'activités du SNJMG en 2022

Nos principales publications (réseaux sociaux, site internet, magazine Jeune MG)

- Dossier sur le système de Santé (industrie pharmaceutique, santé communautaire, service public de santé).
- Dossier sur les discriminations dans le milieu médical avec des interviews de personnes concernées.
- Présidentielles 2022 : proposition de 10 mesures sur la santé.
- Article : vivre en temps de COVID avec une affiche sur les gestes barrières.
- Éducation populaire : dossier sur l'internat avec une interview de Léonard Corti, président du SIHP.
- Éducation populaire : dossier sur les problématiques des malades chroniques.
- Dossier sur les douleurs et en particulier les douleurs chroniques avec une interview d'une personne atteinte de douleurs chroniques et un autre d'un médecin de la douleur.
- Communiqué de presse sur la 4^{ème} année de médecine générale.

Événements

- Visioconférence sur le plomb et son impact.
- Présence lors de la journée de médecine générale en mai.
- Participation à la journée du printemps des services publics - atelier burn out avec dossier mis en ligne.
- Apéro de rentrée avec des adhérent-es.
- Grève à propos de la 4^{ème} année de médecine générale.

Formation

Formations thèse en visio en 4 demi-journées avec une vingtaine de participant-es par session.

Collaboration

Guide de prise en charge des personnes victimes de violences sexistes et sexuelles + deux dépliants (coréalisés avec Heroines95).

Participation aux réunions avec le collectif désordre.

Auditions officielles

Participation à l'audition à l'assemblée nationale et au Sénat sur les propositions pour ou contre une 4^{ème} année en zones sous denses.

Participation à l'audition à l'académie de médecine à propos de la médecine générale.

L'équipe du SNJMG

Organigramme du
SNJMG

Présidente

Sayaka OGUCHI
06 19 96 35 85 | dr.oguchis@gmail.com | 11 rue Renard, 94700, Maisons-Alfort

Trésorière

Sophie

Secrétaire

Emilie

Chargé de missions Chargé de missions Privé de thèses

Anaud DELOIRE
06 33 88 29 06 | adeloire@wanadoo.fr | 22 rue coignebert, 76000, Rouen

Secrétaire administrative et commerciale : Frédérique JACQUART

07 71 05 13 81 | info@snjmg.org |
33 avenue Edouard Vaillant, 92150, Suresnes

N°ISSN : 1243-3403

N° de commission paritaire : 74148

Régie publicitaire :

Réseau Pro Santé

14, rue Commines | 75003 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur

Tél : 01 53 09 90 05 | contact@reseauprosante.fr | reseauprosante.fr

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.

➔ Prévention du harcèlement scolaire

Quel rôle pour le médecin généraliste ?

En France, un enfant sur 10 serait chaque année victime de harcèlement scolaire, soit près d'un million de victimes. Par ailleurs, 20 % des jeunes de 8 à 18 ans déclarent avoir déjà été la cible de cyberharcèlement, d'après une étude réalisée en 2021 par e-Enfance, l'association de protection de l'enfance sur Internet, et la Caisse d'Épargne.

Face à ce fléau, le médecin généraliste a un rôle clé à jouer en matière de prévention. Garant de la bonne santé physique et psychique de ses patients, il peut accompagner les jeunes victimes autant que leurs parents, souvent démunis pour détecter les signaux de mal-être et faire face à la situation. Quelques clés d'explication dans le livre « *J'aide mon enfant à dire stop au harcèlement* », de Marie-José Gava et Sophie de Tarlé.

Que recouvre précisément la notion de harcèlement scolaire ?

Il convient avant tout de distinguer le harcèlement d'une dispute ou d'une bagarre entre élèves. On retiendra trois critères. Premièrement, il faut que les agissements en cause soient intentionnels. Autrement dit, qu'il y ait une volonté délibérée de nuire d'un ou de plusieurs élèves à l'encontre d'un autre. Ces agissements malveillants pouvant avoir des répercussions sur la santé physique et/ou psychique. En second lieu, ces agissements se répètent dans le temps et s'inscrivent dans la durée. Enfin, on parle d'agissements asymétriques. Il s'agit d'un rapport de force l'encontre d'une victime isolée et dans l'incapacité de se défendre. Pour résumer, nous retiendrons la définition de référence proposée par Hélène Romano, Docteur en psychopathologie : « Le harcèlement scolaire correspond à tout acte

intentionnel répété et commis par un individu ou un groupe d'individus sur un élève, quel que soit son âge, au moyen de mots (insultes, humiliations, menaces, moqueries), de gestes (agressions physiques, atteintes sexuelles), d'écrans (cyberharcèlement) et/ou dégradation matérielle de ses biens personnels. Ces agissements hostiles réitérés, qui relèvent de violences psychologiques, physiques, sexuelles ou matérielles, visent sans aucun bénéfice direct à blesser l'autre, à l'isoler et à le détruire psychologiquement, dans un climat entretenu de terreur psychique. Le harcèlement scolaire conduit à de multiples conséquences somatiques, psychiques, familiales, sociales et scolaires, susceptibles d'hypothéquer durablement la vie de cet enfant ou de cet adolescent ».

Comment ce phénomène se propage-t-il ?

Le harcèlement prend vigueur sous l'effet conjoint de trois actions :

➔ **La domination** : Bien souvent, le harcèlement n'est pas le fait d'un seul enfant. L'auteur des faits tisse autour de lui un réseau de complices témoins de ses actes. Son objectif : renforcer son pouvoir et marginaliser sa cible. Or, les témoins se taisent souvent, de peur d'être à leur tour dans le collimateur ; ils vont ainsi implicitement courber l'échine et servir la cause du leader. Le harcèlement prend alors une tournure collective.

➔ **L'isolement** : Privée d'appuis et d'alliés, la victime se replie sur elle-même et s'isole de plus en plus. Ses défenses lui font défaut pour contrer cette campagne de harcèlement. Elle ne peut plus faire face.

➔ **L'encouragement** : Soutenu directement ou non par ses pairs, l'auteur du harcèlement se sent plus fort. Leur présence tacite à ses côtés le galvanise, ce qui renforce sa violence. Ceux qui font semblant de ne rien voir participent aussi indirectement au harcèlement.

Pour compléter cette description du phénomène, la pédopsychiatre Nicole Catherine insiste sur l'incompréhension de la victime face à ce qui lui arrive. Sans réaction, elle encourage ainsi inconsciemment son ou ses harceleurs à continuer leur campagne destructrice. La « cécité

des adultes » contribue également à basculer vers une situation de harcèlement : les adultes (corps enseignant, parents...) ne se rendant pas forcément compte de la répétition des actes malveillants.

Par quoi se manifeste le harcèlement ?

Le harcèlement moral peut se manifester par :

- ⊗ Des mots blessants ;
- ⊗ Des insultes ;
- ⊗ Des menaces ;
- ⊗ Des rumeurs ;
- ⊗ Des moqueries ;
- ⊗ Des comportements hostiles ;
- ⊗ Des silences ;
- ⊗ Des punitions et sanctions inexplicables.

Dans la littérature sur le harcèlement scolaire, on identifie en général six formes de harcèlement : le harcèlement moral, le harcèlement physique,

le harcèlement sexuel, le harcèlement alimentaire (mayonnaise renversée dans le cartable, eau versée dans l'assiette...), le harcèlement matériel (détérioration du matériel de travail, vêtements déchirés, vol de stylos...), et le cyberharcèlement (insultes sur les réseaux sociaux, chantage à la webcam...). Cette dernière forme de harcèlement est particulièrement toxique car elle peut avoir lieu jour et nuit. Ce qui place la victime dans un climat d'obsession et d'insécurité permanente, du fait des ravages sans limites que peut produire le cyberharcèlement (création de fausses identités ou de fausses pages par exemple).

Quelles peuvent être les conséquences du harcèlement sur la santé de l'enfant ou de l'adolescent ?

Le harcèlement scolaire, qu'il ait lieu dans la cour de l'école ou sur Internet, n'est pas un phénomène anodin. Le rôle du médecin auprès des jeunes victimes est donc crucial. De même qu'auprès des parents qui, par méconnaissance, ne perçoivent pas toujours assez tôt les signaux faibles révélateurs d'une situation de mal-être. Or, les conséquences du harcèlement sur l'enfant sont souvent dramatiques et peuvent entraîner :

- ⊗ Des troubles du comportement ;
- ⊗ Une perte de confiance en soi et de l'estime de soi ;
- ⊗ Des troubles de la socialisation ;
- ⊗ Des difficultés scolaires ;

- ⊗ De l'absentéisme ;
- ⊗ Du décrochage scolaire ;
- ⊗ Des pathologies anxiodépressives ;
- ⊗ Des répercussions dans sa vie personnelle et professionnelle ;
- ⊗ Des pulsions agressives ;
- ⊗ Des conduites suicidaires ;
- ⊗ Une augmentation des risques de violence intrafamiliale et de délinquance à l'âge adulte.

Le tableau ci-dessous (source : Organisation Mondiale de la Santé) concerne les adultes, mais la plupart des troubles mentionnés peuvent aussi s'appliquer aux jeunes.

Les troubles liés au harcèlement

Troubles psychopathologiques	Troubles psychosomatiques	Troubles du comportement
Apathie Humeur dépressive Réaction de peur Réaction d'évitement Absence d'initiatives Versatilité Insomnies	Hypertension artérielle Palpitations Tachycardie Migraines Perte de poids Douleurs articulaires Maux d'estomac Ulcères Chute de cheveux	Troubles de la nutrition Consommation accrue d'alcool, de tabac, de médicaments Dysfonctionnement sexuel Isolement social Réactions auto et hétéro-agressives

D'une façon générale, la dépression et les troubles anxieux généralisés sont les symptômes les plus fréquemment diagnostiqués chez les victimes, à la suite d'une situation de harcèlement, de même que l'on constate un état de stress post-traumatique, prolongement dans le temps de l'impact du harcèlement moral. Des chercheurs parlent d'état de « stress consécutif à des contraintes prolongées » (*Prolonged duress stress disorder, Stradling Scott, 1993*).

Dans une récente étude exploratoire auprès de 812 personnes, la psychologue clinicienne

Laura Pezzali a montré que le harcèlement scolaire peut avoir un impact sur le long terme dans sa vie d'adulte. Cela peut se traduire par un niveau plus élevé d'alexithymie et un niveau plus faible de soutien social perçu. L'alexithymie renvoie à la difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions et parfois celles d'autrui. La chercheuse estime également probable que les jeunes ayant subi un harcèlement scolaire soient plus vulnérables à d'autres formes de harcèlement à l'âge adulte. La confiance en soi, l'estime de soi ou l'aptitude à nouer des liens dans un groupe étant atteintes.

De quelle manière intervenir pour sensibiliser les parents dans leur rôle de prévention ?

Le harcèlement scolaire est un phénomène multiforme qui n'est pas évident à déceler. Bien souvent, les parents sont démunis et ne savent pas comment réagir quand ils s'aperçoivent – parfois tardivement – que leur enfant est la cible d'agissements inappropriés. En tant que médecin, vous pouvez les alerter sur un certain nombre de signaux faibles. Les signaux relevant de la santé et de l'état psychologique sont de trois ordres :

Les symptômes somatiques

- ⊗ Problèmes digestifs (vomissements, diarrhées, crampes d'estomac, etc.) ;
- ⊗ Incontinence urinaire ;
- ⊗ Difficultés respiratoires ;
- ⊗ Infections.

Les symptômes émotionnels

- ⊗ Irritabilité, l'agressivité ;
- ⊗ Anxiété ;
- ⊗ Tristesse, déprime, perte de plaisir ;
- ⊗ Autodévalorisation.

Les symptômes cognitifs

- ⊗ Oublis fréquents ;
- ⊗ Troubles du langage (bégaiement, zézaïement, etc.) ;
- ⊗ Idées confuses.

Le premier conseil à donner aux parents est d'être attentif aux signaux d'ordre général tels que les changements d'humeur, de niveau d'énergie, les troubles du sommeil ou de l'appétit. Les signes excessifs d'inquiétude, de gêne

ou de nervosité peuvent aussi laisser supposer que son enfant est fragilisé. Plus précisément, au niveau psychologique, il convient d'être attentif aux symptômes somatiques : problèmes digestifs, crampes d'estomac, vomissements, difficultés respiratoires... Les symptômes émotionnels doivent aussi alerter : agressivité, tristesse, auto-dévalorisation... De même, les oublis fréquents, les idées confuses ou les troubles du langage sont des symptômes cognitifs qui doivent attirer l'attention. Parmi les symptômes comportementaux, les perturbations alimentaires ou les comportements d'évitement ne sont pas à négliger. Enfin, certains indicateurs doivent alerter les parents tels que les vêtements déchirés, le matériel scolaire abimé ou volé, ou un refus soudain de déjeuner à la cantine... Tous ces symptômes peuvent devenir véritablement préoccupants lorsqu'ils se cumulent et se répètent de façon anormale.

Dans notre livre, un test complet réalisé par un psychologue clinicien aidera les parents à détecter tous ces signaux préoccupants de mal-être. L'objectif étant de leur donner des clés pour réagir, de façon adaptée, à tous les niveaux du processus de harcèlement, que ce soit sur le plan comportemental ou juridique. Et ce, avant que le processus de harcèlement brise la confiance en soi de la jeune victime. En matière de harcèlement, s'il n'y a certes pas de recette miracle, il y a néanmoins des outils, des stratégies et des comportements qui peuvent aider à affronter les situations difficiles.

Quel peut être le rôle des parents dans la lutte contre le harcèlement ?

Tout ne doit pas reposer sur la capacité des parents à bien armer leurs enfants. Cependant, leur rôle est essentiel dans la prévention du harcèlement et, en particulier, du cyberharcèlement. Les parents doivent en effet sensibiliser très tôt leur enfant aux risques d'Internet, en l'incitant à contrôler sa présence et son image sur les réseaux sociaux. En lui expliquant par exemple de façon argumentée pourquoi il n'est pas conseillé de s'afficher sur Internet sans filtres ni précautions. Il ne s'agit donc pas de poser des interdictions mais d'alerter l'enfant sur les dangers de la toile. Si celui-ci a tendance à raconter sa vie en ligne, à divulguer ses secrets les plus intimes, c'est peut-être aussi le signe qu'il a besoin de capter l'attention de ses pairs,

voire leur sympathie. Cette « cyber-affection » représente une forme de lien social, mais elle ne doit pas représenter toute la vie de l'enfant. Quoi qu'il en soit, protéger tous les appareils de la maison est une règle de bon sens si on entend juguler certains risques, en particulier de harcèlement. Il existe de nombreuses applications de contrôle parental à télécharger, gratuites ou payantes.

Au-delà des écrans, le conseil à donner aux parents est d'inciter leur enfant à se déconnecter plus souvent, en sortant du monde virtuel, en nouant des contacts bien réels avec un réseau d'amis, et en pratiquant une activité physique déstressante qui permet de décharger du stress et de stimuler la bonne humeur.

Quelle place accorder au dialogue et aux relations sociales ?

En prévention, on ne rappellera jamais assez l'importance d'offrir à son enfant un cadre sécurisant et rassurant où le dialogue est essentiel. Aider son enfant à purger ses tensions intérieures, en l'incitant à exprimer son ressenti est essentiel en effet à son bien-être. De nombreuses études ont démontré que le lien et le soutien social ainsi que les liens de parentés sont essentiels au bien-être et à la santé des êtres humains. C'est ce qui va en l'occurrence permettre aux enfants de se forger une sorte de bouclier de protection pour amortir les coups durs dans la vie. Ainsi, des recherches menées au Canada ont montré que le soutien

émotionnel offert par un cercle d'amis permet de modérer les sentiments de détresse psychologique, de favoriser l'intégration sociale et, ce faisant, d'empêcher le harcèlement. A contrario, le fait de constamment ressasser ses problèmes avec un(e) seul(e) ami(e) pourrait avoir pour effet d'intensifier la détresse psychologique.

Marie-José GAVA

*Médiatrice, co-auteur du livre « J'aide mon enfant à dire stop au harcèlement »
(ESF Sciences humaines)*

Bibliographie

- Bellon J.-P., Gardette B., Harcèlement et cyberharcèlement à l'école, ESF Sciences humaines, 2019.
- Braconnier A., *Optimiste*, Odile Jacob, 2015.
- Catheline N., Le Harcèlement scolaire, PUF, coll. « Que sais-je ? », 2018.
- Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, Odile Jacob, 2002.
- Dewulf M.-C., Stilhart C., « Le vécu des victimes de harcèlement scolaire », Médecine thérapeutique pédiatrie, volume 8, n° 2, mars 2005.
- Gava M.-J., Chavanis J.-L., Outils et pratique de la médiation, InterÉditions, 2019.
- Gava M.-J., De Tarlé S., *J'aide mon enfant à dire stop au harcèlement*, ESF Sciences humaines, 2022.
- Romano H., *L'Enfant face au traumatisme*, Dunod, 2013.
- Romano H., Harcèlement en milieu scolaire : victimes, auteurs, que faire ? Dunod, 2015.

Ressources

30 20

Ce numéro vert instauré par les pouvoirs publics, permet aux jeunes d'être écoutés par des spécialistes.

Fil Santé Jeunes

0 800 235 236

www.filsantejeunes.com

Une ligne d'écoute, d'information et d'orientation. Contacts avec des professionnels (psychologues, médecins, etc.) ou avec d'autres jeunes.

Inter Service Parents

01 44 93 44 93

Ce service d'écoute, de conseil et d'orientation assure un accompagnement anonyme et confidentiel. Une ressource utile aux parents et aux familles ainsi qu'aux professionnels.

Net Écoute

0 800 200 000

Un dispositif dédié au phénomène de harcèlement sur internet : [http:// www.netecoute.fr](http://www.netecoute.fr)

Se protéger du cyberharcèlement

3018

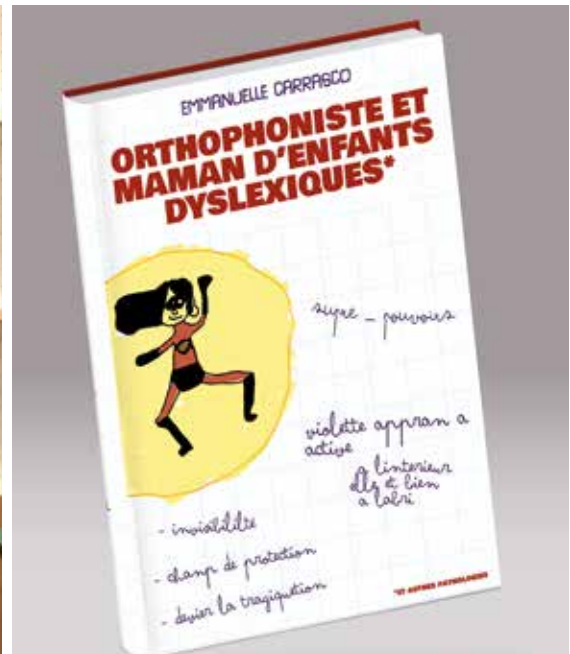
www.e-enfance.org

Reconnue d'utilité publique, cette association est précurseur dans la protection de l'enfance sur Internet et l'éducation à la citoyenneté numérique.

➔ Orthophoniste et maman d'enfants dyslexiques

Suite à la sortie de mon livre *Orthophoniste et maman d'enfants dyslexiques* chez Librinova et bientôt je l'espère en édition papier, j'ai fait l'objet de plusieurs interviews.

Les questions sont pratiques et récurrentes, elles intéresseront forcément les jeunes médecins généralistes, qui comme les pédiatres sont de plus en plus amenés à suivre de très jeunes patients.



La dyslexie démarre-t-elle toujours par un retard de langage ?

La dyslexie commence souvent par un retard de langage et/ou d'articulation mais pas toujours. C'est la raison pour laquelle il faut être vigilant et bien suivre le développement linguistique des jeunes enfants.

La visite d'admission au CP effectuée en fin de grande section de maternelle par un médecin scolaire est là pour diagnostiquer les difficultés de ce type. Un retard spatio-temporel, des

difficultés phonologiques, de graphisme, un déficit attentionnel... autant de points qui seront testés et qui peuvent mettre en évidence des pathologies relevant de l'orthophonie

Il faut aussi faire confiance aux maîtresses qui sont habituées à ces troubles d'apprentissage et qui pourront alerter les parents en cas de problèmes. Ne pas hésiter à les questionner en cas de doutes.

Existe-t-il différents types de dyslexie ?

Il existe en effet différents types de dyslexie.

La dyslexie phonologique est la plus courante. Elle touche au décodage entre la trace écrite et le son oral, soit le passage du phonème-graphème. C'est-à-dire que l'enfant réécrit mal

ce qui l'entend. Cela peut se traduire par des confusions de sons (t/d, c/g, f/v, p/b, ch/j, ss/s sont les plus courantes) ou par une plus grave difficulté d'écriture.

La dyslexie lexicale : Correspond à la difficulté de se composer un lexique de mots. L'enfant ne parvient pas à retenir leur orthographe, même pour les mots simples, il pourra les écrire à chaque fois de façon différente sans que cela ne le gêne. Cette forme de dyslexie est liée à un défaut de mémoire visuelle.

La dyslexie visuo-attentionnelle : Est une difficulté à repérer les lettres en certaine position dans les mots. Elle entraîne des sauts de ligne, des mots oubliés, déformés... Elle est très liée à l'attention et touche surtout les enfants qui se concentrent mal, voire qui souffrent de déficit attentionnel. La multiplication des tablettes et des temps d'écran a considérablement augmenté son intensité et son importance. Elle devient la forme de dyslexie la plus courante dans mon cabinet alors qu'en début de carrière (dans les années 90), je rencontrais plus de dyslexies phonologiques.

La dyslexie mixte : Associe plusieurs de ces formes.

La compréhension peut être affectée par les difficultés de lecture (l'effort de décodage peut provoquer une perte de sens).

La dysorthographe (durable) accompagne les dyslexies, mais aussi d'autres troubles. C'est la difficulté à assimiler le code orthographique et à appliquer les règles de grammaire.

D'autres pathologies font partie de la grande famille des troubles dys et peuvent s'y associer, on parle alors de cas « multi-dys »

Bien sûr il existe différents niveaux de gravité pour chaque pathologie mais l'association de

plusieurs troubles dys chez un même enfant aggrave considérablement son cas.

La dyspraxie

C'est un trouble de l'automatisation et de la planification de la coordination des gestes, chez des personnes ayant une intelligence normale, évoluant dans un environnement affectif social et culturel ordinaire.

La dyscalculie

C'est un trouble de la logique mathématique qui ne permet pas d'accéder correctement au nombre et qui impacte la notion d'ordre, de succession d'actions. La dyscalculie est souvent associée à un autre trouble spécifique dont elle peut être la conséquence (trouble de l'attention, troubles exécutifs, difficultés mnésiques).

Le trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)

C'est un trouble neurodéveloppemental, avec une apparition pendant plus de six mois et avant l'âge de douze ans, de plusieurs symptômes (ruptures attentionnelles, hyperactivité motrice, impulsivité...) entraînant une gêne significative dans au moins deux environnements distincts (scolaire, professionnel, social). Ce trouble porte sur les fonctions attentionnelles et les fonctions exécutives. Il est souvent associé à d'autres troubles et parfois la conséquence d'une surcharge cognitive. Il peut s'accompagner d'opposition et d'anxiété.

La dysgraphie

C'est un trouble spécifique d'apprentissage qui affecte l'écriture. Elle se caractérise par une calligraphie aléatoire, lente inégale, souvent accompagnée d'une grande fatigabilité, voire de douleurs dans le bras / la main.

La prise en charge orthophonique est-elle différente selon les types de dyslexie ?

Le bilan orthophonique effectué en premier acte est là pour poser le diagnostic du type et de l'intensité de la dyslexie.

Ensuite en rééducation, différents exercices seront proposés selon les cas, mais il reste une base commune à leur prise en charge : l'orthophoniste devra reprendre complètement les bases de la phonologie qui n'est pas suffisamment maîtrisée. C'est particulièrement le cas dans la dyslexie phonologique.

La dyslexie lexicale demandera à être complétée par un travail au niveau de la mémoire visuelle des mots. Donc un travail sur la mémoire visuelle.

La dyslexie visuo-attentionnelle met en évidence des difficultés attentionnelles. Une remédiation neuropsychologique peut y être associée pour améliorer les performances attentionnelles de l'enfant. L'orthophoniste proposera aussi des exercices allant dans ce sens.

Est-il important de poser le diagnostic le plus tôt possible ?

Il est évident que plus le diagnostic sera posé tôt, plus l'enfant aura de chances de suivre une scolarité normale. La prise en charge orthophonique est fondamentale même s'il est actuellement difficile de trouver une orthophoniste disponible (les déserts médicaux sont malheureusement de plus en plus nombreux en orthophonie aussi...).

Mais elle n'est pas suffisante. La prise en charge doit être associée à un travail rigoureux à la maison.

Il ne faut pas se voiler la face. Les parents ont aussi un gros rôle à jouer. En tant que praticienne libérale je sais que ce n'est pas toujours facile de le leur faire comprendre.

Enfin il faut aussi un enfant motivé pour réussir sa prise en charge. S'il n'est pas volontaire même la meilleure orthophoniste du monde ne pourra pas l'aider...

Avez-vous d'autres conseils à donner pour aider les parents d'enfants dys ?

- Travailler beaucoup, l'enfant dys devra travailler plus que les autres pour réussir. Il faut l'accepter et s'en faire une raison.
- Garder le cap et quoiqu'il arrive, ne jamais renoncer. Il y aura des moments de découragement c'est normal. C'est au bout du parcours que l'on réalise vraiment combien, en tant qu'aidant, notre rôle a été indispensable.
- Apprendre à relativiser : les résultats scolaires ne sont pas un gage de bonheur, ni même un élément certain de réussite professionnelle, le plus important c'est la motivation. Penser à la grandeur des métiers manuels qui ne sont pas incompatibles avec la dyslexie. Penser aussi à la liste, non exhaustive, des dyslexiques célèbres (que je cite dans mon ouvrage).
- Observer son enfant. Apprendre à le connaître pour l'orienter dès que possible vers son domaine de prédilection. Tout le monde a un domaine d'excellence. Aux parents de l'aider à le trouver.

Ce qui a été le cas de mes filles, l'aînée qui avait une imagination débordante et d'incontestables qualités artistiques évolue maintenant dans le cinéma, après avoir réussi un concours très sélectif malgré ses multiples pathologies. La cadette qui excellait en dessin a fait du graphisme sa profession.

Toutes ces thématiques sont développées et à retrouver dans mon livre dont je vous conseille vivement la lecture.

<https://www.librinova.com/librairie/emmanuelle-carrasco/orthophoniste-et-maman-d-enfants-dyslexiques-1>



Emmanuelle CARRASCO
Orthophoniste

➔ De la perversion, selon LACAN

Pourquoi a-t-on voulu faire échapper les femmes à la perversion ? Ou : de la « grandeur perverse » de toute femme

Aucune raison, *a priori*, encore plus *a posteriori*, de faire échapper les femmes à la perversion. Mais y-a-t-il une « grandeur perverse » de toute femme ? Nous n'aurons pas assez de cette intervention pour répondre à cette interrogation. Nous mettrons cependant en place les coordonnées dans lesquelles va pouvoir se jouer cette question.

Par une belle matinée ensoleillée, un homme qui prenait son petit déjeuner leva les yeux de ses œufs brouillés pour voir une licorne blanche avec une corne dorée broutant tranquillement les roses de son jardin.

L'homme monta dans sa chambre où sa femme était toujours endormie et il la réveilla : « il y a une licorne dans le jardin – dit-il – elle mange les roses ». La femme ouvrit un œil peu amène et le regarda : « la licorne est une bête mythique (A Unicorn is a mythical beast) » dit-elle et elle lui tourna le dos.

L'homme descendit lentement l'escalier et repartit dans le jardin. La licorne était toujours là, elle se vautrait parmi les tulipes. « Voilà, licorne », dit l'homme et il arracha un lys et le lui donna. La licorne le mangea avec le plus grand sérieux. Quelque peu excité parce qu'il y avait une licorne dans le jardin, l'homme remonta les escaliers et réveilla encore sa femme : « la licorne » dit-il, « a mangé un lys ». Sa femme se redressa dans le lit et le regarda froidement. « Tu es cinglé – dit-elle – et je vais te faire mettre à l'asile ». L'homme qui n'avait jamais aimé les mots « cinglé » et « asile », et qui les aimait encore moins par cette belle matinée où il y avait une licorne dans le jardin, pensa pendant un moment : « c'est ce que nous allons voir » dit-il. Il traversa la pièce jusqu'à la porte : « elle a une corne dorée au milieu du front » lui cria-t-il.

Et puis il repartit dans le jardin pour observer la licorne, mais la licorne était partie. L'homme s'assit alors au milieu des roses et s'endormit. Dès que le mari fut sorti de la maison, la femme se leva et s'habilla aussi vite qu'elle put. Elle était très excitée et il y avait une lueur méchante dans son regard. Elle téléphona à la police puis à un psychiatre, elle leur dit de venir rapidement chez elle et d'apporter une camisole de force. Quand les policiers et le psychiatre arrivèrent, ils s'assirent dans des chaises et la regardèrent avec grande attention. « Mon mari – dit-elle – a vu une licorne dans le jardin ». Les policiers regardèrent le psychiatre et le psychiatre regarda les policiers. « Il m'a dit qu'elle avait mangé un lys » dit-elle. Le psychiatre regarda les policiers et les policiers regardèrent le psychiatre. « Il m'a dit qu'elle avait une corne dorée au milieu du front » dit-elle.

À un signal solennel du psychiatre, les policiers sortirent de leur chaise et se saisirent de la femme. Ils eurent du mal à la contenir car elle se battit sauvagement mais finalement ils la calmèrent. Au moment précis où ils lui passaient la camisole de force, l'homme revint dans la maison. « Est-ce que vous avez dit à votre femme que vous avez vu une licorne ? » demandèrent les policiers. « Bien sûr que non – dit le mari – la licorne est une bête mythique (A Unicorn is a mythical beast) ».

« C'est tout ce que je voulais savoir » dit le psychiatre. « Emmenez-la. Je suis désolé, Monsieur, mais votre femme est folle à lier ». Ainsi, l'emmenèrent-ils, jurant et hurlant, et l'enfermèrent-ils dans une institution. Le mari, quant à lui, vécut heureux jusqu'à la fin de ses jours »¹.

Cette petite histoire est de la fin des années cinquante. Elle se situe entre psychose et perversion. C'est une sorte de dialogue, de négociation, entre la psychose et la perversion pour le bien du sujet, le mari. Un dialogue troublant.

¹ James Thurber, (écrivain, dessinateur et humoriste américain, mort en 1961), in english, in *Vintage Thurber*, vol.1, Penguin Books, 1983, p.185.

Un dialogue cruel. Où l'on voit l'homme, le mari, que l'on peut supposer psychotique, en proie à une hallucination, je dirais, *licornelle*, (*licorn'elle !*) utiliser le *clivage*, pour maintenir (car on sent bien qu'il maintient) et nier à la fois (car on sent bien que c'est pour l'Autre qu'il nie), c'est-à-dire *démentir* et ainsi arriver à ses fins. Là où la femme, son épouse, fatiguée de l'être, excédée même, ne trouve rien de mieux que de faire fond, assez bêtement, je dois le dire comme ça, sur sa propre perversité de névrosée ordinaire, – elle est manifestement en plein désamour –, afin de se débarrasser de lui par cette ruse machiavélique.

Cette historiolle, vous l'aurez remarqué, ne fait appel qu'à l'hallucination, le clivage du moi, le démenti. Elle n'utilise pas l'objet, la licorne, même si elle semble le mettre d'abord au premier plan, le mettre en scène. L'objet, ici, la *mythical beast*, paradoxalement, que j'ai appelé, comme ça, « licorn'elle », compte assez peu dans l'affaire. On pourrait pourtant se demander si la licorne est, par exemple, un objet petit a, comme Lacan s'est complu, longuement dans son œuvre, a en parler ?

Il peut ainsi paraître étonnant que Lacan n'aborde que fort peu la question de la perversion entre 1960 et 1966. Pourquoi ?

Parce que, lui, Lacan, est précisément occupé, durant cette période, à produire la théorie de son fameux objet petit a. Il va chercher celui-ci chez Platon. Il s'agit de *l'agalma* qu'il puise dans le dialogue platonicien du *Banquet*. Celui-ci est l'objet des deux tiers environ de son séminaire de l'année 1960-1961, intitulé *Le transfert*. Il invente littéralement cet *objet a*, « ma seule invention », dira-t-il. Il l'appelle, à ce moment-là, l'objet *cause* du désir. Avec ce dernier et la notion de *sujet*, il sera désormais prêt pour construire son *Graphe du désir*, dans cet article de 1966, intitulé *Subversion du sujet et dialectique du désir*².

Du fait que le Symbolique est troué, manquant, incomplet, Lacan le note ainsi : *S(A barré)*, le grand Autre est barré – et le phallus, comme signifiant ultime, manque au système symbolique pour faire réponse dernière – eh bien, c'est là que l'objet petit a va y trouver sa place.

La réponse est impossible, car le signifiant phallus manque, qu'à cela ne tienne ! C'est dans ce trou même du symbolique que le sujet va faire réponse en y plaçant son fantasme, que Lacan note *S barré*, poinçon, petit a. Ce n'est plus ici le fétiche qui prédomine, mais le fantasme.

L'objet petit a, c'est l'objet partiel de Lacan. C'est sa version lacanienne de l'objet partiel freudien (en fait dû à Karl Abraham au début). C'est du pur pulsionnel que Lacan met ici en œuvre au niveau de l'objet. Mais ce pulsionnel, au-delà du langage, cependant, se subjective. Il éclate en direction d'une série de quatre objets (deux de plus que chez Freud) qui sont : le sein, le déchet, le regard et la voix, correspondant, respectivement aux quatre pulsions partielles : sucer/bouffer (pulsion orale), rejeter (pulsion anale), voir (pulsion scopique), appeler/demander/entendre (pulsion invoquante).

Ce pulsionnel est à considérer sur le mode réfléchi pour le sujet. Il n'est pas actif, ou passif, il se... quelque chose. Le sujet se fait sucer/bouffer. Le sujet se fait chier. Le sujet se fait voir. Il se fait appeler/demander/entendre. En somme, et selon la formule lacanienne : le sujet *se fait désir du désir de l'Autre*.

À partir de la question du fantasme et de son séminaire éponyme, *La logique du fantasme*, que Lacan travaille tout au long de l'année 1966-1967, la problématique de la perversion va revenir sur le devant de la scène. En effet, pas de perversion sans fantasme, mais un fantasme organisateur qu'un passage à l'acte a en charge de « réaliser », soit de rendre imaginairement réel comme protection, pour le sujet dans la perversion, de la menace de la castration. Ce retour du tandem fantasme-perversion va durer huit ans, jusqu'en 1973,

² Jacques Lacan, *Subversion du sujet et dialectique du désir*, in *Écrits*, Le Seuil, 1966, pp.793-827.

jusqu'à la période nodologique du nœud borroméen. Il signe la réapparition de la question du corps, du corps réel de l'Autre, comme question énigmatique de la jouissance qui lui est liée.

À la séance du 10 mai 1967, Lacan énoncera : L'Autre, à la fin des fins, vous ne l'avez pas encore deviné, c'est le corps³.

Pourquoi une telle phrase ? Elle est le résultat et la conséquence de l'avancée de la théorie lacanienne : l'Autre n'existe pas, l'Autre n'est rencontré qu'en tant que barré. Il y a un trou, une faille dans l'Autre... Et l'Autre ne va pouvoir que se réduire à l'autre, petit *a*, au petit *a*, c'est-à-dire à ce qu'il y a de corps dans l'Autre. L'autre inatteignable comme Autre, le devient comme corps Autre, corps, lieu de jouissance, la jouissance du corps de l'Autre. Atteindre à la jouissance de l'Autre comme corps, introduire la question de la jouissance dans la psychanalyse, ce n'est plus se limiter à la parole et au désir, ce n'est plus s'en contenter. Si l'affirmation lacanienne tient, qui dit : il n'y a de jouissance que du corps,... du corps de l'Autre, alors l'objet petit *a* (le corps) ne va pas pouvoir resté défini comme seulement *la cause du désir*, il va devenir dans l'avancée de l'œuvre lacanienne, à la fois le lieu et l'enjeu, de ce que Lacan va appeler, à partir de Karl Marx, *un plus-de-jouir*. La *Mehrwert* (plus-value) de Marx, devient, chez Lacan, le *Mehrlust* (plus-de-jouir).

Et c'est bien sur cette question de l'objet que tout va se jouer, pour Lacan, concernant la question de la perversion, comme on va le voir maintenant. Deux ans plus tard, deux années après son séminaire *La logique du fantasme*, nous sommes juste à la rentrée qui suit mai 1968, l'année universitaire 1968-1969. Lacan inaugure son séminaire intitulé : *D'un Autre à l'autre*. Oui, dans ce sens-là. D'un Autre, grand A, à l'autre, petit *a*. Ce n'est pas pour rien.

Ce séminaire, il le consacre à étudier, à nouveau, la névrose et la perversion. Et, dans ce séminaire,

il va se passer, cette année-là, – que ce soit celle qui suit immédiatement mai 1968 ne doit pas y être pour rien –, il va se passer une sorte de *retournement* de la théorie de la perversion, de celle en tout cas que se forge Lacan. Ce retournement va faire porter la question de la perversion sur l'objet, mais sur l'objet que Lacan ne va plus placer au lieu de l'Autre – l'Autre est le lieu même du questionnement sur la jouissance –, mais au lieu même du sujet en proie à la perversion. Le sujet va devenir cet objet, un objet très actif !

S'interrogeant sur la position du sujet en proie à la perversion, Lacan va montrer que ledit sujet ne se contente nullement du fantasme, comme le fait habituellement le névrosé, pour répondre à la question du désir de l'Autre. Au *Che Vuoi ?* « Que me veux-tu ? », que veut l'Autre, qu'est-ce qu'il désire énigmatiquement de moi ?, le sujet ordinairement névrosé répond : il *s' imagine* que l'Autre veut de lui ceci ou cela. Le sujet en proie à la perversion, lui, ne s' imagine pas, ou pas seulement, il *sait* (c'est un « il sait » proche du « il sait » que l'on rencontre dans la psychose, mais est-ce le même ?..). Il sait qu'il doit se faire objet *au service*... Au service de quoi ? Au service de la *jouissance de l'Autre*. Telle est alors sa propre jouissance. C'est une jouissance assurée d'un sujet persuadé d'être l'instrument efficace, imparable, de la jouissance de l'Autre.

C'est donc ici, en ce séminaire *D'un Autre à l'autre*, de 1968-1969, qu'une nouveauté nous arrive concernant l'histoire de la théorie psychanalytique de la perversion. L'acmé du retournement se situe dans la séance du 26 mars 1969, lorsque Lacan s'insurge contre la pensée plus que classique, canonique, selon laquelle le sujet pervers ne penserait, dans ses turpitudes, qu'à sa propre jouissance et que, surtout, méprisant, il ne tiendrait pas compte, dans ses malversations, de l'Autre, de sa personne, de son corps, etc.

³ Jacques Lacan, *La logique du fantasme*, séance du 10 mai 1967, inédit.

Eh bien, tenez-vous bien, l'avancée lacanienne, c'est de dire ce jour-là, le 26 mars 1969, que c'est tout l'inverse. Nouvelle définition de la perversion :

Loin d'être fondée sur quelque mépris de l'Autre, la fonction du pervers est quelque chose qui est à jauger d'une façon autrement riche [...]. Il est celui qui se consacre à boucher le trou dans l'Autre⁴.

Le sujet qui trempe dans la perversion est donc un sujet qui se voue et se dévoue à la jouissance de l'Autre. Dans quel but, être un si bon serviteur ? Afin que l'Autre existe en tant qu'Autre non barré, non décomplété, sans faille, sans trou, plein, Un. Très sérieux, il dit « I cannot weep », comme le *Richard III* de William Shakespeare.

Traduisons maintenant en termes encore plus lacaniens ce qui vient d'être avancé. Le sujet, dans la perversion, se fait objet petit a pour générer un *plus-de-jour* de l'Autre, mais il le fait comment, selon quelles modalités ? Lacan va précisément répondre qu'il le fait selon deux modalités différentes : en supplémentant ou en complétant. Allons-y voir de plus près !

Au deux objets freudiens, le sein (objet oral) et les *faeces* (objet anal), – le déchet, l'excrément –, correspondent deux pulsions partielles selon leurs trois formules, active, passive et réfléchie, leurs trois trajets et leurs destins : la pulsion orale (sucrer/bouffer – être sucé/bouffé – se faire sucrer/bouffer) et la pulsion anale (expulser/chier – être expulsé/être chié – se faire expulser/chier).

À ces deux objets freudiens, Lacan, c'est son avancée, n'en ajoutera que deux autres : le regard (objet scopique) et la voix (objet vocal). Auxquels correspondent deux pulsions partielles, lacaniennes, si l'on peut s'exprimer ainsi : la pulsion scopique (voir – être vu – se faire voir), et la pulsion invoquante (parler/crier/pleurer/demander – être parlé/être (dé)

crié/être demandé – se faire parler/se faire pleurer/se faire demander).

Quatre objets, quatre pulsions partielles, pas une de plus. Mais voilà, Lacan va privilégier les deux dernières, les siennes, la scopique et l'invoquante, afin de montrer ici le fonctionnement des deux modalités : compléter et supplémenter l'Autre.

Le sujet en proie à la perversion se fait *supplément à*, dans le cas du sadisme et dans celui du voyeurisme.

Il se fait *complément à* dans le cas du masochisme et dans celui de l'exhibitionnisme.

Première modalité : il s'agit d'un supplément apporté à l'Autre :

→ pour Lacan, le *voyeur* est celui qui « voit » que le phallus manque en l'Autre. Il est alors celui qui interroge, scrute, ce manque par le regard. Et le regard est alors ce supplément phallique, qu'il apporte à l'Autre. Il supplémente l'Autre en parant ainsi à son manque.

→ Le *sadique* est celui, de même pour Lacan, qui donne à l'Autre de la *voix*, pour ce faire, il le fait gémir, crier, hurler même. Le sadique se fait ainsi le parfait instrument de ce qu'il suppose (lui, il dit qu'il sait !), de ce qu'il suppose lui être manquant pour, qu'enfin, l'Autre jouisse.

Deuxième modalité : il s'agit d'un complément venant de l'Autre :

Pour Lacan, l'*exhibitionniste* est celui qui vise à faire apparaître en l'Autre un objet. Cet objet phallique s'appelle le *regard*. Pourquoi ? Parce que le sujet exhibitionniste cherche assidûment un signe de la complicité qu'il pourrait y avoir dans la jouissance.

Reste le *masochiste* qui, pour Lacan toujours, se fait complètement servile, dépendant, soumis à la *voix* de l'Autre, à la voix de son maître. On dit, d'ailleurs, qu'il se donne un mal de chien, de

⁴ Jacques Lacan, *D'un Autre à l'autre*, Séminaire 1968-1969, séance du 26 mars 1969, inédit.

chienne pour les femmes, afin d'arriver à faire surgir, jaillir cette voix et que, chose cruciale, que cette voix en impose, et s'impose à lui/elle.

Ainsi va la perversion, version du père Lacan ! Elle est sans fin. Car, de structure, l'enjeu d'un plus-de-jouir de l'Autre s'avère être sans limite. Le sujet en proie à la perversion se dévoue à la jouissance de l'Autre, mais il faut pour cela qu'il passe son temps à déployer son énergie afin, continûment, de le compléter ou de le complémente, ledit grand Autre.

La perversion, dans son acception freudienne, mais aussi dans la psychanalyse toute entière, jusqu'à Lacan y compris, n'a pas d'autre sens que sexuel. Parce que le sexuel, la question du sexuel est le cœur même de la problématique humaine, de son énigme, et le point d'origine, la source à partir de laquelle se fait le départ de toutes les tentatives individuelles ou collectives, culturelles, politiques, religieuses, philosophiques, etc. d'y porter, d'une manière civilisationnelle, remède, définitif ou pas.

Mais voilà ! Lacan est cet énergumène qui n'a pas cessé de nous montrer et démontrer que le SEXUEL, précisément, c'est ce qui excluait toute possibilité de rapport entre l'un et l'autre, entre le sujet et l'Autre, entre l'homme et la femme, entre deux dont l'un est en position homme et l'autre en position femme, entre l'un en position passive et l'autre en position active, même si s'interchangent ces positions toutes les cinq minutes, entre l'un d'un sexe anatomique et l'autre... de l'Autre sexe, d'un sexe Autre..., ou aussi bien entre les deux du même sexe, dont l'un devient pourtant, nécessairement, l'Autre...

Bref, cela ne va pas. Vous savez que Lacan le dit ainsi, entre autres : *il n'y a pas de rapport sexuel*. Il en va d'une question de structure du monde humain. C'est aussi abordable comme une question de logique. Chez Lacan, ça nomme sa catégorie, « mon symptôme », disait-il, sa catégorie du Réel. Autrement dit, de l'impossible. C'est impossible qu'il y ait du rapport sexuel. Il n'y a que du non-rapport. De l'échec de rapport, en ce qui concerne le sexuel. D'où *l'infini* de

tout à l'heure, en ce qui concerne la perversion. La perversion, cela ne s'arrête jamais. À bon entendeur qu'il y cherche ailleurs son salut.

Le rapport sexuel est ininscriptible. Pourquoi ? Parce que le grand Autre, le trésor des signifiants, le lieu de tous les signifiants est barré, troué, manquant, incomplet. Un signifiant manque, le signifiant *phallus*. D'où un impossible à écrire le rapport sexuel entre l'un et l'Autre barré, un Autre troué qui fuit du signifiant. Cet impossible à s'écrire, c'est le réel du non-rapport sexuel. Dans les formules de la logique moderne empruntées par Lacan, le rapport sexuel, c'est : *ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire*.

Bien sûr, le sujet en proie à la perversion pense, lui/elle, qu'avec lui, cela va s'écrire. Il est celui qui se fait fort de faire cesser le « ne cesse pas de ne pas s'écrire » et permette ainsi que dans une rencontre dite sexuelle, les deux protagonistes ne fassent plus qu'un ou qu'une. Une quoi ? Mais, bien sûr une jouissance Une. Eh bien non, c'est impossible. S'il n'y a pas de rapport sexuel, c'est bien – autre façon de le dire –, parce qu'il n'y a pas de rapport entre les deux jouissances en présence (quand elles sont en présence...). Celle de l'un et celle de l'Autre. Celle d'un homme et celle d'une femme, habituellement. Mais pour celles de deux hommes ou celles de deux femmes (je crois qu'on a fait le tour des possibilités, à deux tout du moins), cela revient au même, puisque la différence y est bien là présente entre deux sujets uniques, différents et infusibles, malgré l'apparence d'une image du même. Un homme est l'Autre de son homme. Une femme est l'Autre pour sa partenaire. Et réciproquement.

Au-delà de cet Autre, incomplet, barré, que l'autre est pour l'un, ... il n'y a pas d'Autre. En d'autres termes, lacaniens, *il n'y a pas d'Autre de l'Autre*. Puisqu'il y a le langage et qu'il n'y a pas de métalangage. On est tous dans le même bain, dans le même pétrin langagier... Il n'y a pas d'autre bain. S'il y en avait un Autre, s'il y avait un Autre de l'Autre, eh bien là, il pourrait y avoir du rapport. Il y aurait un lieu d'inscription au-delà de cet Autre troué, fuyant, un lieu de signifiants non-fuyant où pourrait s'inscrire un savoir qui

dirait quelque chose de la vérité en termes de rapport, de ratio, de raison, de fraction mathématique. Il s'ensuivrait, par exemple, une complémentarité d'une moitié homme avec une moitié femme, lesquels copulant feraient enfin du Un (revoir ici *Le Banquet* de Platon), ou encore une telle similitude des amants, dits homosexuels des deux sexes, qui se mireraient au miroir de leur regards désirants de telle sorte à conclure que : un plus un égale un. Avec du deux, faire enfin du Un. Non, dans notre monde il n'existe pas d'Autre de l'Autre, ce qui veut dire aucune garantie n'est à trouver qui pourrait ex-sister au langage (ce qui veut dire encore que les mots servent autant à dire la vérité que le mensonge et que, surtout, on ne peut rien en décider, *a priori*). L'on ne peut dès lors, comme l'apprend l'analyste à son névrosé analysant, faire que miser sur lui, le langage, et non pas névrotiquement le fuir, car, du sujet parlant, il se démontre qu'il dise toujours la vérité... Celle du sujet qu'il devient par cet acte même de l'énonciation. Il y a un manque dans le symbolique. Il est de structure, comme je vous le serine. Celui-ci a pour formule grand S de grand A barré !

Le sujet en proie à la perversion, homme ou femme, se donne donc pour tâche, au moyen de l'objet petit a, en complétant ou en supplémentant l'Autre, de rendre celui-ci parfaitement sans faille, non-barré, plein. A noter grand S de grand A.

Ce faisant, et c'est cela même qu'il vise, le sujet en proie à la perversion, prétend – c'est bien une prétention – réaliser un rapport sexuel. Il n'arrête pas d'essayer de réaliser un rapport, nécessaire pour lui, un rapport qui, donc, ne cesserait pas de s'écrire, entre ce que l'on appelle deux universaux, L'homme et La femme. En ce sens, le SEPP, le sujet-en-proie-à-la-perversion, ne fait que réaliser, accomplir la perversion elle-même, côté homme ou côté femme.

Côté homme, Lacan finira par dire dans son texte *Télévision* publié en 1973 : *Si L'homme veut La femme, il ne l'atteint qu'à échouer dans le champ de la perversion*⁵.

Côté femme, il énoncera au cours de son séminaire *Encore*, à la séance du 9 janvier 1973 : *La femme n'entre en fonction dans le rapport qu'en tant que la mère*⁶. Car, dit-il, plus loin, n'étant pas toute, grand S de grand A barré, elle aussi, faut-il dire hélas ! : *elle trouvera le bouchon de ce a que sera son enfant*⁷. Ainsi, en tant que mère, elle pourra être, toute entière, dans la jouissance phallique qu'affectionne le sujet dans la perversion, n'en voulant voir aucune autre, aucune Autre.

Chemin faisant, avec Lacan, toujours serré au plus près, a quoi arrivons-nous ? Nous débouchons ici sur une définition de la perversion qui dirait à peu près ceci, et sous la forme d'une proposition universelle, façon Emmanuel Kant : *Toute jouissance phallique n'est que perverse, pour autant qu'elle fait rapport sexuel avec l'Autre prétendument complété ou supplémenté, autrement dit, non barré*.

Faisant porter le chapeau à Freud, *l'affreud*, comme il dit parfois à la fin de son œuvre, Lacan ne dira pas moins lors de la séance du 11 mai 1976 de son séminaire *Le Sinthome*, énonçant : *Toute sexualité humaine est perverse si nous suivons bien ce que dit Freud*⁸.

Ainsi, tout ce qui est phallique est pervers, et réciproquement. Voilà où nous en sommes. Phallique et pervers, pervers et phallique sont deux noms pour une même chose. Sur le rivage où nous avons accosté ce soir, avec Lacan, celui nommément de la jouissance, la question se repose ainsi. Une jouissance, phallique, existe, elle est perverse donc. Mais, aussi, une autre, une Autre, grand A, faut-il écrire, une Autre jouissance ex-siste, qui se situe au-delà de la jouissance dite phallique perverse.

⁵ Jacques Lacan, *Télévision*, Le Seuil, 1973, p.60.

⁶ Jacques Lacan, Le Séminaire, livre XX, *Encore*, séance du 9 janvier 1973, Le Seuil, 1975, p.36.

⁷ J. Lacan, *Ibidem*.

⁸ J. L., Le Séminaire *Le Sinthome*, 1975-1976, séance du 11 mai 1976, inédit.

Il faut savoir que ces deux jouissances se disjoignent : l'une est une jouissance perverse. Grâce à l'objet petit *a*, elle réalise le grand *S* de grand *A* (non barré). Elle le réalise, ce qui veut dire qu'elle le fait consister imaginativement par son insistance symbolique, mais non pas dans le réel qui reste vide pour celui qui se place hors illusion ou complaisance fantasmatique. C'est la jouissance phallique.

L'autre est la jouissance Autre, elle reste jusqu'à aujourd'hui l'énigme que représente le non-savoir d'une jouissance autre que perverse parce que non-phallique (« elle ne peuvent rien en dire, bien qu'elles l'éprouvent », disait de ces femmes Lacan). C'est la jouissance de *S* de grand *A* barré. Lacan la qualifie aussi du terme d'*inadéquate*, dans le séminaire *Encore: Il n'y a pas de rapport sexuel parce que la jouissance de l'Autre pris comme corps est toujours inadéquate – perverse d'un côté en tant que l'Autre se réduit à l'objet *a* – et de l'autre, je dirai folle, énigmatique*⁹.

Lacan précisera toujours plus, en énonçant : *une femme ne rencontre l'homme que dans la psychose*¹⁰. C'est pourquoi, ajoute-t-il, elle se l'interdit, habituellement. Elle a cette sagesse. L'universel, L'homme, précisément, *c'est de la folie*. En se l'interdisant, une femme échappe, en partie, à se situer toute du côté de la jouissance phallique, donc perverse. Une part d'elle-même se situe ailleurs, du côté de la jouissance dont Lacan, encore, disait que c'était *une jouissance qu'on éprouve et dont on ne sait rien*¹¹.

Mais c'est peut-être dans ce cas de la rencontre de pure contingence entre un homme et une femme que, parfois, l'impossible du « ne pas s'écrire » peut cesser. Un temps de pure contingence. Une rencontre. La Tuchè des Grecs.

Mais à condition de quoi ? Lacan pensait que si une femme n'était là qu'en tant que mère, il insistait pour dire que là, il y avait « naturellement » perversion. Il pensait que l'enfant représentait pour une femme la possibilité d'entrer, mais aussi l'impossibilité de sortir de la jouissance perverse, parce que phallique avec l'enfant, grosse de l'objet petit *a*. Affublée de l'enfant, la femme est incastrablement phallique. Elle est *Toute*. C'est la raison pour laquelle l'enfant est la porte d'entrée principale dans la perversion pour une femme.

Nous essayons de pousser quelques portes d'entrée dans la perversion, pour une femme, celle de la maternité, de l'enfant phallus bien sûr, mais aussi quelques autres, ... pour enfin cerner ce que veut dire « la grandeur perverse de toute femme » énoncée en sous-titre.

Pour finir, provisoirement, cette phrase remarquable de Lacan, celle, quelque peu énigmatique, *a priori*, qu'il écrit dans le texte *L'étourdit*, publié en 1973 :

*Disons hétérosexuel par définition, ce qui aime les femmes, quel que soit son sexe propre*¹².

Jean-Michel LOUKA
25 novembre 2022

⁹ J. L., *Encore*, Livre XX, p.131.

¹⁰ J. L., *Télévision*, p.63.

¹¹ J. L., *Encore*, séance du 20 février 1973, Livre XX, Le Seuil, 1975, p.71.

¹² J. L., *L'étourdit*, in *Scilicet*, n°4, Le Seuil, 1973, p.23.

→ Petite philosophie des rides de Maël Lemoine

En librairie dès le 2 novembre 2022 (150 pages, richement illustré, 9.90 €, éditions Hermann)

Qu'est-ce que les « gérosiences » ?

L'objectif d'une mort naturelle en bonne santé est illusoire : les humains meurent presque tous de maladie. Les sciences du vieillissement ont récemment développé une approche thérapeutique

appelée « gérosiences », qui visent à traiter les maladies liées à l'âge en traitant le vieillissement lui-même. C'est le sujet du livre : *Petite philosophie des rides* (Hermann, Paris, 2022).

Vivre, vieillir, développer une maladie et mourir

Plus souvent que les autres êtres humains, les médecins doivent affronter la maladie et la mort. Rien ne les y prépare. Pour y faire face, ils ne peuvent donc compter que sur le sens commun. Celui-ci reflète une philosophie implicite du but qu'ils s'assignent : une vie longue, exempte de maladie, qui se termine naturellement par une mort douce. Mais la trajectoire naturelle des humains ne consiste pas à vivre, vieillir et mourir en se préservant habilement des maladies. Elle implique de vivre, de vieillir, de tomber malade et d'en mourir.

Contre cela, le sens commun se révolte. Mais il faut bien qu'il apprenne à faire avec, sous peine d'un décalage permanent entre les objectifs et la réalité de la pratique médicale. Deux mille cinq cents ans de philosophie aristotélicienne nous ont conforté dans la croyance intuitive que les maladies sont des accidents et non des tendances inhérentes à notre nature. Cela est vrai, la plupart le sont – du moins, avant qu'on atteigne l'âge des maladies. Mais tomber malade au seuil de sa vie est un fait universel – ou presque. Après 65 ans, 3 % des morts sont dues à des causes vraiment accidentelles et 97 % à des causes pathologiques. Comme on sait, l'OMS a renoncé il y a des décennies à compter la vieillesse comme une cause de mort.

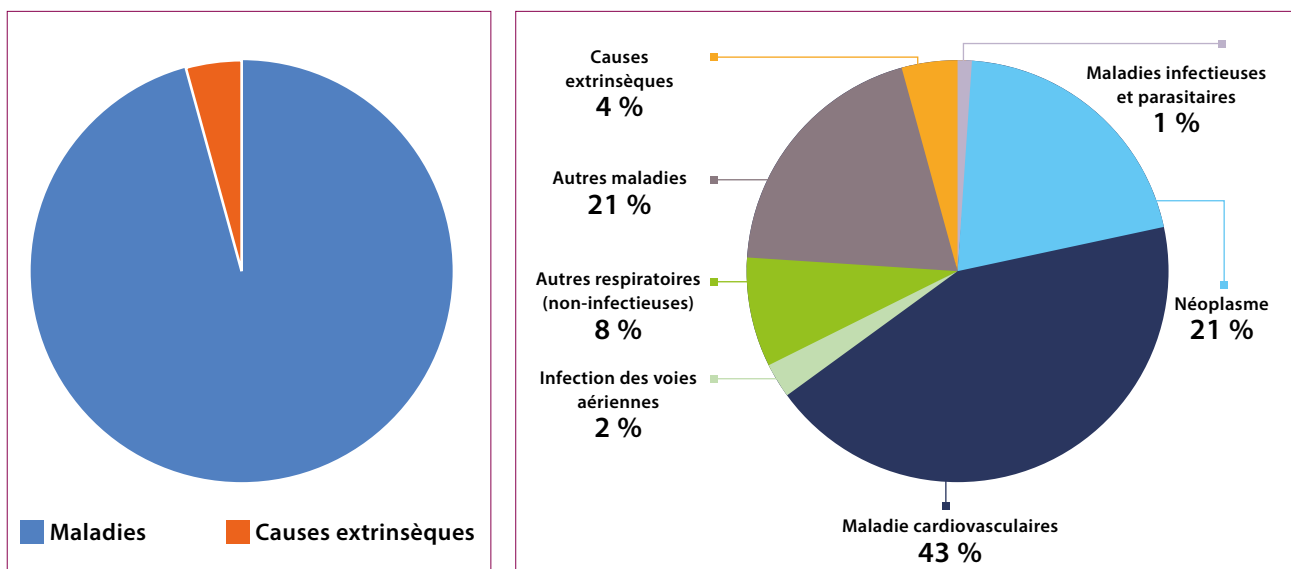


Figure 1. Les causes de mortalité après 65 ans dans l'Union Européenne (2011-2017). Source : Eurostat.

Ce qui frappe plus encore est la distribution des causes de mortalité. Près de 80 % des humains de plus de 65 ans meurent de maladie cardiovasculaire, de cancer, de maladie respiratoire ou des suites d'une infection. C'est étonnamment peu varié. En somme, pour être réaliste, il faudrait préparer ses patients, et se préparer soi-même, à devoir mourir de l'une de ces causes.

Pourtant, nous nous rattachons à l'existence d'une trajectoire réussie du vieillissement (*healthy, successful aging*), qui serait l'objectif ultime de la gériatrie. Elle serait l'apanage des supercentenaires, qui atteignent des âges très avancés sans pathologie visible ou, du moins, trop handicapante. La santé publique s'assigne plus généralement un objectif de compression

(ou rectangularisation) de la courbe de morbi-mortalité, ou encore, de maximisation de l'espérance de vie en bonne santé. Pour cela, il faudrait convaincre tous les patients d'adopter un mode de vie sain qui les préserve des maladies.

Le vieillissement réussi n'est pas une fiction. La compression de la courbe est un objectif réaliste. Ce qui est une fiction, en revanche – ou, du moins, une belle utopie – c'est l'universalisation du vieillissement exempt de maladie. On peut toujours croire pour soi-même, et faire croire aux autres, qu'une vie saine suffit à nous préserver jusqu'à la fin du cancer et des maladies cardiovasculaires. Le plus probable est que c'est bien ce qui tuera chacun de nous, fût-ce un peu plus tard.

Les stratégies thérapeutiques contre les maladies liées à l'âge

À première vue, c'est un échec majeur de la recherche médicale, qui engloutit annuellement, depuis plus d'un demi-siècle, des milliards d'euros dans la quête de traitement contre les maladies cardiovasculaires, le cancer, la maladie d'Alzheimer. Le tableau n'est pas si sombre. Au moins contre les maladies cardiovasculaires, la recherche a été efficace au cours des dernières décennies. Elle est parvenue à repousser

significativement leurs conséquences dans le temps, réduisant ainsi la mortalité cardiovasculaire. La mortalité par cancer n'a pas reculé aussi significativement. La maladie d'Alzheimer tue peu, mais terrorise beaucoup. Chacun sait que le médecin, pour accompagner ses patients, ne peut guère compter sur la médecine.

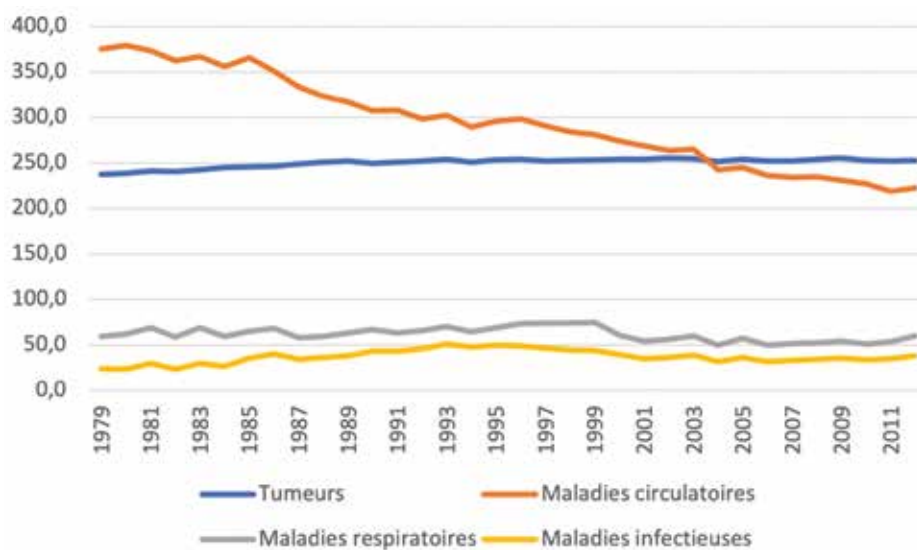


Figure 2. Évolution de la mortalité par cancer, maladie cardiovasculaire et maladies infectieuses et maladies respiratoires en France entre 1979 et 2012. Source : CépiDC



Une autre approche des maladies liées à l'âge a été développée depuis une dizaine d'années. Les *géros sciences* se proposent en effet de traiter les maladies liées à l'âge à la source – c'est-à-dire, en intervenant sur le vieillissement lui-même. L'hypothèse est que le processus de fond qui rend ces maladies inéluctables, est commun à tous, et trouve son origine dans le processus naturel et universel du vieillissement. Les géros sciences ne visent pas le mythe de l'éternelle jeunesse. Elles cherchent à transformer le vieillissement commun en vieillissement réussi. Ont-elles une chance d'y parvenir ? Pour cela, elles jouent sur plusieurs tableaux à la fois : développement de la prévention, repositionnement de médicaments, et développement de thérapies nouvelles. L'étude et le développement du jeûne intermittent illustre la première stratégie. La deuxième stratégie est illustrée par les essais cliniques sur l'usage de la metformine chez des sujets sains (essai TAME). La troisième stratégie a conduit au développement d'une nouvelle classe de médicaments, les « sénolytiques », qui ciblent l'élimination des cellules sénescents qui s'accumulent dans les différents tissus avec l'âge.

Ces nouvelles stratégies s'appuient sur l'essor de la biogérontologie, l'étude des mécanismes du vieillissement, chez l'homme et dans le

vivant en général. Celle-ci a fait bien des progrès en vingt ans, depuis le temps où l'on apprenait que tout découlait de l'action délétère des radicaux libres et du raccourcissement des télomères, deux hypothèses aujourd'hui largement battues en brèche. La diversité du vieillissement est surprenante et instructive. Pour comprendre le vieillissement, il faut en effet s'affranchir de beaucoup de présupposés du sens commun. Pas seulement l'idée que les maladies sont des accidents et non des faits universels de l'âge, mais aussi, l'idée que le vieillissement serait un fait universel du vivant, que l'évolution irait – trop lentement, certes – dans le sens de son élimination, que la régénération des tissus serait la clé de l'immortalité, et, bien sûr, que contre le vieillissement, il n'y a rien à faire.

Le vieillissement de l'organisme rappelle toujours à une triste réalité, face à laquelle les préceptes de Cicéron et la glorification de la sagesse des cheveux blancs paraissent, au mieux, une piètre consolation et, au pire, en complet décalage avec le problème. Mais l'étude du vieillissement est un sujet fascinant. De sa compréhension dépendent des enjeux considérables pour la médecine et pour toute la société.

→ Les conditions et aléas dans la prise en charge des patients ayant eu des morsures ophidiennes en Guyane française

Abstract

French Guiana est the largest French territory, but also the one where medical care is limited (44 general practitioners per 100,000 population).

Given this situation, general health prevention and care centres have been created in certain parts of the territory (CDPS).

With the help of the 16 CDPS, we studied the conditions for treating bite by squamate reptiles known as ophidians (60 cases observed between 2017 and 2019, including 51 fully documented).

The age group most affected by bites is the 12-39 year olds due to more forestry employees within this group.

Amongst the snakes most often incriminated, we found the *Bothrops atrox* (the common lancehead) which is very aggressive but also not very frightened by human presence.

On a clinical level a triad including pain (74 % of cases), oedema (72 % of cases), and bleeding (14 % of cases) is one that is most often observed.

Bites occur mainly at night, and patients with grade 2 bites (oedema beyond the knee) are evacuated to the hospital centre 12 and 24 hours after the bite in 29 % of cases.

Keyword

Snake bites - *Bothrops atrox* - French Guiana.

Résumé

La Guyane française est le plus grand département français, mais aussi celui où l'offre de soins est limitée (44 médecins généralistes/100 000 habitants).

Compte tenu de cette situation des centres de santé délocalisés de prévention et de soins ont été créés sur certaines parties du territoire (CDPS).

Avec le concours des 16 CDPS nous avons étudié les conditions de prise en charge des morsures par des ophidiens (60 cas observés entre 2017 et 2019, dont 51 parfaitement documentés).

La tranche d'âge la plus concernée par les morsures est celle des 12/39 ans du fait de l'activité professionnelle dans la sylviculture.

Parmi les serpents le plus souvent incriminés, nous retrouvons le *bothrops atrox* (grâce à petits carreaux) qui est très agressif, mais aussi peu effrayé par la présence humaine.

Sur un plan clinique, la triade associant douleur (74 % des cas), œdème (72 % des cas), et hémorragies (14 % des cas) est celle qui est la plus souvent observée.

Les morsures surviennent principalement la nuit, et les patients ayant des morsures de grade 2 (œdème au-delà du genou) sont évacués vers le centre hospitalier entre 12 et 24 heures pour 29 % d'entre eux.

Mots clés

Morsure de serpents – *Bothrops atrox* – Guyane française.

Introduction

A : Données sociodémographique

La Guyane est française est située sur la partie nord-est de l'Amérique du sud.

C'est le plus grand département français (superficie de 83 000 km²), mais comparativement à cette importante superficie la densité en population est faible (269 350 habitants) (1).

Près de 60 % de la population vit au dessous du seuil de la pauvreté et le taux de chômage reste très élevé (1).

Le littoral représente 6 % du territoire, et la forêt tropicale couvre près de 90 % de ce département français (2,4 millions d'hectares), forêt dense est souvent difficilement accessible par l'homme par voie terrestre (2).

La Guyane est un département jeune avec 50 % de la population qui a un âge compris entre 18 et 79 ans (3).

Par ailleurs 62 % de la population entre 18 et 79 ans est constituée d'immigrants dont 40 % y sont présents depuis plus de 20 ans (3).

Le peuple guyanais est très diversifié (4) :

- Six tribus amérindiennes sont répertoriées (les Kalinas, les Wayanas, les Palikurs, les Wajampis Arawak, les Tekos).
- Une immigration entre le 18^{ème} et 19^{ème} siècle a conduit à un peuplement de ce territoire par des descendants d'esclaves noirs. Actuellement quatre groupe issu de cette vague migratoire sont répertoriés (les Bonis, les Paramakas, les Ndjukas, les Samaras).
- Une immigration en provenance du Brésil est observée depuis 1960, mais aussi dans les années 80 les haïtiens et les Hmong qui est un peuple laotien qui a voulu fuir la répression communiste.

B : La santé des Guyanais

L'offre de soins est réduite dans ce département avec des carences souvent soulignées en ce qui concerne les équipements hospitaliers et en ce qui concerne également les effectifs de professionnels de santé.

Tout aussi important à souligner, c'est le fait que certaines spécialités comme la cancérologie ou

la neurologie sont quasiment absentes, mais aussi le fait que ce département se caractérise par une démographie médicale et paramédicale vieillissante (4).

En 2006 le nombre d'infirmières était de 59 pour 100 000 habitants contre 107 en métropole (4).

Une étude plus contemporaine de l'INSEE montre que le nombre de médecins généralistes est évalué à 44 pour 100 000 habitants (il est de 85 pour 100 000 habitants en métropole) (1).

Au sein de ce territoire de nombreuses inégalités existent :

- Les habitants du centre de la Guyane bénéficient d'une offre de soins plus limitée que ceux vivant en zone littoral, phénomène amplifié par le fait qu'il existe un nombre faible de structures administratives permettant l'accession aux soins (CMU ou AME) dans la partie occidentale de ce département.
- Les inégalités concernant l'espérance de vie sont également importantes par rapport à la métropole (espérance de vie de 74 ans pour les hommes en Guyane versus 77 en métropole et 77 ans pour les femmes en Guyane versus 84 ans en métropole), mais aussi un taux de mortalité infantile qui est plus important en Guyane.

Face à cette situation sanitaire, des centres de santé existent et émanent de la volonté de praticiens, mais aussi d'élus locaux (cliché 1).



Cliché 1 : centre de PMI de Javouhey chez les Hmongs

Cependant, dans certaines zones dépourvues de ces centres avec des professionnels libéraux (8 zones sont concernées par cette situation), les autorités ont décidé de créer des centres de santé délocalisés de prévention et de soins (CDPS) (5).

Les CDPS sont constitués de médecins généralistes, d'infirmiers, d'aides-soignantes, et de sages-femmes.

Ces différents professionnels de santé prennent en charge en ambulatoire les patients et assurent dans les cas les plus difficiles le transfert par voie hélicoptérée vers les centres hospitaliers les plus proches (il en existe 3 sur ce département) (5).

Compte tenu de cette situation, mais également du fait de la diversité ethnique observée sur le sol guyanais, d'autres types de pratiques plus ancestrales et moins conventionnelles sont pratiquées (médecine par les plantes, chamanisme).

Matériel et méthode

Nous avons effectué une étude rétrospective quantitative qui avait pour but de répertorier les morsures de serpent et leur prise en charge.

Ce travail a été réalisé sur 3 ans (2017 à 2019) à partir de données recueillies sur 16 CDPS.

Dans un premier temps le critère principal de cette étude est la morsure de serpent qui a conduit à la réalisation d'une consultation.

Résultats

Seuls 51 ont pu être étudiés car les données de 8 de ces dossiers étaient trop parcellaires. Le graphique 1 permet de déterminer l'âge des patients ayant des morsures de serpent.

Ainsi les créoles Wajampis ou Wayapis et les Palikurs ont recours pour soulager leurs maux à des plantes traditionnelles, vision qui donne leur perception particulière du monde par rapport à leur environnement (6).

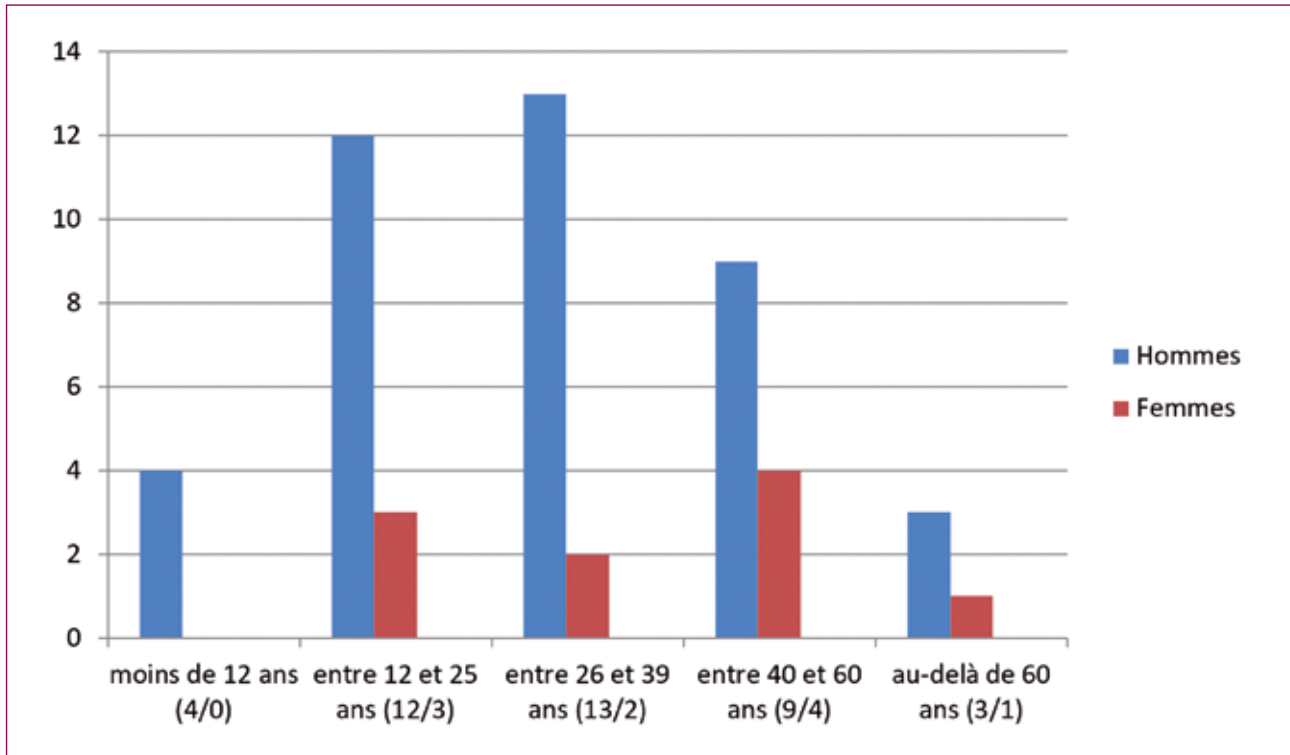
Dans ce contexte nous devons prendre conscience, lors de la prise en charge des patients, d'un possible recours possible à ces modes de prise en charge allant à l'encontre de nos préceptes inculqués par nos maîtres.

En tenant en compte des spécificités concernant la faune de ce département dont une grande partie est occupée par la forêt tropicale hostile pour l'homme, nous avons décidé de nous intéresser aux différentes espèces de serpents venimeux (7-8).

Ainsi, nous avons travaillé sur les conditions de prise en charge des envenimations qui sont régulièrement observées et décrites dans la littérature.

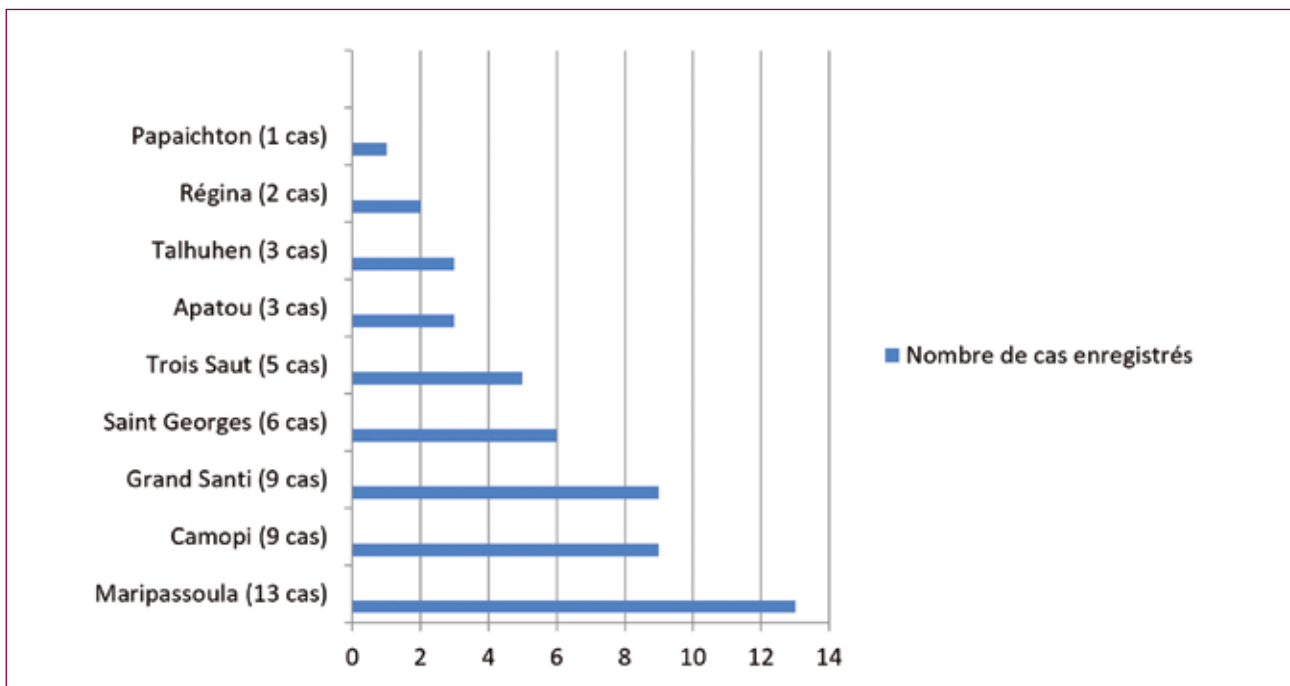
Les critères secondaires sont les éléments épidémiologiques concernant les patients victimes de ces envenimations, mais aussi l'évaluation du délai nécessaire à leur prise en charge.

Sur cette période de 3 ans, 60 dossiers de patients ayant eu des morsures de serpents ont été enregistrés.



Graphique 1 : Âge et sexe des patients ayant été victimes d'une morsure de serpent

Le graphique 2 permet de mettre en avant le nombre de morsures en fonction du CDPS



Graphique 2 : Nombre de morsure enregistrés dans les différents CDPS

Parmi les différents serpents responsables de l'envenimation, nous retrouvons :

- Les Grages dans 22 cas (cliché 2 et 3) ;
- Le serpent corail dans 1 cas (cliché 4) ;
- Une origine indéterminée dans 28 cas.

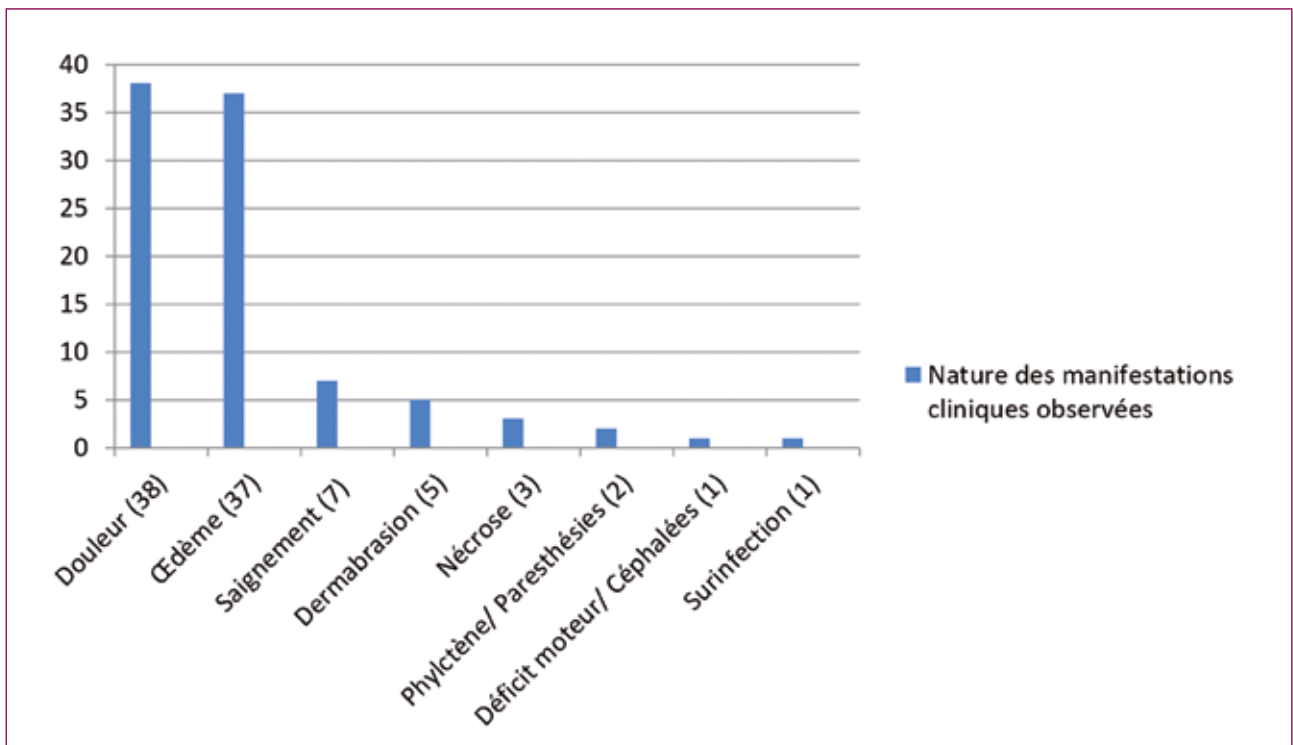


Cliché 2 : Grage à petits carreaux

Cliché 3 : Grage à grands carreaux

Cliché 4 : Serpent corail

Le graphique 3 identifie les manifestations cliniques observées au décours de ces morsures.



Graphique 3 : Quantification des manifestations cliniques observées chez les patients ayant eu des morsures de serpents en Guyane

Sur un plan topographique, les morsures sont situées :

- Sur un pied dans 27 cas ;
- Sur une jambe dans 9 cas ;
- Au niveau d'une main dans 8 cas ;
- Au niveau d'un orteil dans 7 cas.

Il existe par ailleurs une saisonnalité en ce qui concerne avec une prépondérance des morsures entre avril et mai.

Par ailleurs les morsures surviennent de manière prédominante entre 19 heures et 22 heures.

En ce qui concerne la sévérité clinico-biologique, nous pouvons nous référer à la classification de Larréché (tableau 1) (9) :

Grade 0	Traces de crochets et douleur peu importante
Grade 1	Œdème qui ne dépasse pas le genou ou le coude, douleur importante. Thrombopénie légère et TP inférieur à 70 %
Grade 2	Œdème dépassant coude ou genou, nécrose peu importante et phlyctène. Vomissements, diarrhée, hypotension, précordialgies, ptosis. Sur un plan biologique thrombopénie TP et TCA anormaux, et retentissement rénal (créatine élevée)
Grade 3	Œdème sur le tronc et nécrose étendu. Hb inférieure à 9g/dl, et coagulopathie. Détresse respiratoire, convulsions, et état de choc

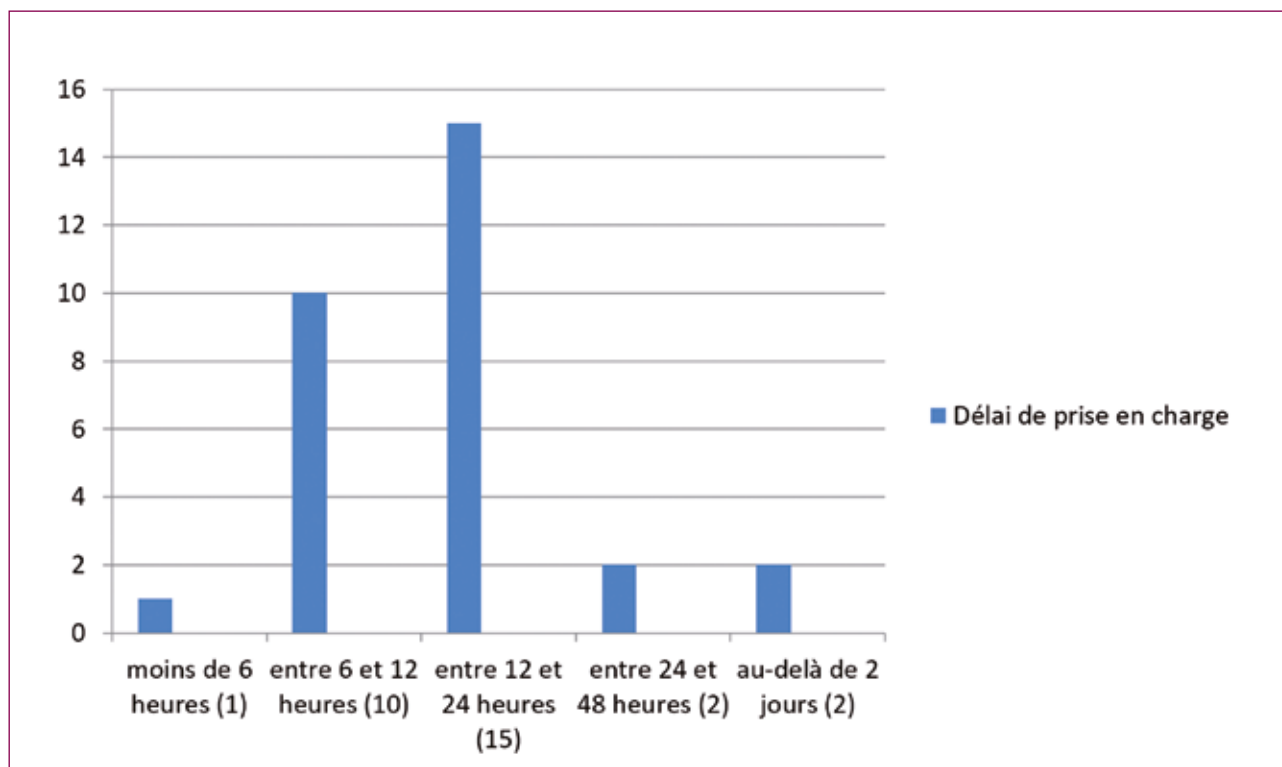
Tableau 1 : Les différents grades avec altérations clinico-biologiques pouvant être observés au décours d'une envenimation suivant Larréché.

En ce qui concerne notre étude, et en nous référant à la stadification de Larréché, nous avons pour les différents grades : 9 patients au grade 0, 34 patients ayant un grade 1, et 8 patients ayant un grade 2.

Tout aussi intéressant est de voir le type de prise en charge réalisée :

- Pour le Grade 0, 55 % des patients ont bénéficié d'une sortie simple, et 45 % une observation de 24 heures.
- Pour le Grade 1, 20 % ont bénéficié d'une sortie simple, 18 % d'une observation de 24 heures, et 55 % une évacuation sanitaire (EVASAN).
- Pour le Grade 2, 100 % des patients ont bénéficié d'une évacuation sanitaire.

Nous avons pu évaluer également le délai de l'évacuation sanitaire chez les patients le nécessitant (graphique 4)



Graphique 4 : Evaluation du nombre de patients pris en charge par une évacuation sanitaire en fonction du délai

Discussion

A : A propos des données sociodémographiques

Le graphique 1 permet de voir que la tranche d'âge la plus concernée par les morsures des serpents est celle des 12/39 ans.

En fait, cette répartition correspond à celles d'actifs qui travaillent dans la forêt tropicale en milieu agricole (10).

D'autres professionnels sont également concernés par l'envenimation : les orpailleurs.

Compte tenu de leur activité illégale, cette pratique n'est pas communiquée aux professionnels de santé effectuant leur prise en charge.

Le nombre de femmes victimes de morsures de serpent reste également peu important (19,5 %) car elles prennent moins de risque que les hommes dans le cadre de leur activité.

Les hommes acceptent plus facilement que les femmes d'aller travailler ou explorer des zones hostiles comme la forêt tropicale.

En ce qui concerne la représentativité faible des extrêmes en âge, ce phénomène s'explique par le fait (11) :

- Que les plus jeunes reçoivent une éducation recommandant une prudence vis-à-vis d'une faune parfois hostile dans ce département ;
- Que les plus âgés ont souvent des difficultés de locomotions les poussant à ne pas aller dans des zones inhospitalières. De plus cette catégorie d'âge est tout à fait consciente de part son vécu des risques encourus en cas de déplacement dans des zones où les serpents peuvent attaquer l'homme.

En ce qui concerne les zones impactées par les envenimations, le graphique 2 permet de voir qu'une très grande majorité des patients ayant été pris en charge dans le cadre des morsures proviennent de la commune de Maripasoula qui est la commune la plus étendue de France (12).

Tout aussi important à souligner, c'est le fait qu'elle est située au centre du parc amazonien (près de 99 % de ce territoire est constitué de forêt vierge), et dans ce cadre, nous pouvons mieux comprendre que les envenimations sont plus fréquentes (12).

B : Les variétés de serpents à l'origine des envenimations

En reprenant les données recueillies au décours de notre étude, nous objectivons parmi les espèces identifiées (dans 28 cas l'espèce de serpent n'est pas établie), une prépondérance des Grages.

Il faut savoir que parmi ces Grages, le Grage à petit carreaux (*Bothrops atrox*) est celui que est le plus souvent identifié.

En reprenant une étude réalisée en Amazonie sur les morsures de serpent, il ressort que les morsures par le Grages à petit carreaux représentent 67,3 %, puis le Grage à grand carreaux (*Lachesis muta*) est concerné dans 6 % des cas (13).

Par contre le serpent corail (*Micrurus*) est, de manière très anecdotique, à l'origine de morsure dans 0,4 % des cas (13).

Cette différence en ce qui concerne les espèces à l'origine des envenimations s'explique par (14-15) :

- Le fait que *Bothrops atrox* est un serpent ayant des capacités d'adaptation importante. Ainsi on l'observe dans les forêts tropicales, mais aussi en zone urbaine. De plus les Grages ont une grande agressivité vis-à-vis de l'homme ;
- En ce qui concerne le serpent corail on remarque un nombre faible d'envenimation qui s'explique par le fait que ce serpent est peu agressif (il n'attaque l'homme uniquement en cas de manipulation ou de rencontre fortuite). De plus la couleur de ces serpents permet à l'homme de rapidement les identifier et éviter de ce fait toute envenimation,

C : Les caractéristiques cliniques des envenimations observées dans notre étude et leur prise en charge

Tout d'abord le graphique 3 permet de mettre en lumière trois manifestations cliniques prépondérantes observées au décours de morsures par les serpents : douleur (74 % des cas), œdème (72 % des cas), et saignement extériorisé.

En fait, ces manifestations cliniques correspondent au trépied classique du syndrome vipérin (16) :

- La douleur est secondaire à la pénétration du venin sous la peau qui entraîne une réaction inflammatoire ;
- L'œdème survient dans les minutes qui suivent la morsure et son importance est proportionnelle à la quantité de venin injecté ;
- Les signes hémorragiques traduisent la répercussion hématologique de l'envenimation.

Par ailleurs nous avons souligné que dans la plupart des cas, les morsures étaient situées au niveau des pieds.

Cette constatation est logique car le serpent est un animal rampant (il vit à la surface du sol le plus souvent), raison qui le pousse à mordre les patients au niveau des membres inférieurs (13-16).

En ce qui concerne la saisonnalité elle s'explique par le mode de vie des serpents qui sont plus actifs à certaines périodes (printemps notamment) car ils sortent d'une période d'hibernation (13-16).

Les morsures ont lieu le plus souvent en début de nuit car les patients sont moins attentifs lors des sorties nocturnes (vision moins importante des obstacles du fait de l'obscurité) ce qui conduit à une plus grande fréquence des envenimations accidentelles.

En reprenant les données de cette étude, nous pouvons noter qu'un transfert des patients ayant un grade de sévérité de 2 a été effectif pour la

totalité d'entre eux vers un centre hospitalier, et plus de la moitié de ceux qui ont un grade 1 ont été envoyés vers un centre hospitalier.

Du fait d'une prise en charge précoce par les CDPS et adaptée, aucun patient ayant une envenimation sévère (grade 3) n'a été comptabilisé.

Par ailleurs **le graphique 4** met en évidence la réalité d'une évacuation sanitaire qui est effectuée dans les 24 premières heures pour la plupart des cas (50 %), mais tout aussi important à souligner c'est le fait que dans 14 % des cas l'évacuation sanitaire est effective au-delà des 24 premières heures.

Cette constatation concernant « les 14 % de retard dans l'évacuation » est importante car elle met en lumière plusieurs points :

- L'éloignement de certaines zones de ce département qui est à l'origine d'une prise en charge plus retardée, et qui favorise des soins sur place en prenant en compte des risques encourus ;
- Le fait qu'une sous-évaluation de la gravité de l'urgence de l'envenimation par les patients et les soignants soit également responsable de ce retard pour la prise en charge ;
- Les moyens mis en œuvre (équippede disponible par exemple) pour que les patients puissent être correctement pris en charge sont parfois limités.

Conclusion

Cette étude a le mérite, même si la population étudiée est peu importante, de mettre en lumière la complexité de la prise en charge des envenimations.

Bien entendu nous n'avons colligé au décours de ce travail que les patients ayant été pris en charge par des professionnels de santé, et nous n'avons pas répertorié ceux qui ont refusé toute prise en charge médicale pour des raisons culturelles (pratiques médicales non conventionnelles) ou ceux vivant illégalement sur le sol français et qui ont peur d'être renvoyé dans leur pays d'origine en cas de recours au système de soins français.

De plus la Guyane est un département français très vaste avec une densité en population mais aussi en personnels de santé assez faible, ce qui peut conduire à un retard en ce qui concerne la réalisation de certaines prises en charge.

Cependant, nous pouvons remarquer que dans la grande majorité des cas, la gestion des patients est satisfaisante avec une évacuation effective dès le grade 1 pour la plupart d'entre eux.

Des efforts par ailleurs doivent être entrepris par les pouvoirs publics pour étoffer l'offre de soins et augmenter les moyens matériels pour qu'une prise en charge des patients soit plus optimale.

Bibliographie

- (1) Bilan économique 2019- Guyane. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4475978>
- (2) Rencontre avec les acteurs de la forêt guyanaise. <https://www.pefc-france.org/articles/rencontre-avec-les-acteurs-de-la-foret-guyanaise/>.
- (3) Yahou- Dauvier N. La situation socio-économique de la Guyane. https://www.iedom.fr/IMG/pdf/presentation_insee_etudiant_master_aout_2013_cr.pdf.
- (4) Jolivet A, Cadot E, Carde E, et al. Migrations et soins en Guyane. https://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/595137/filename/DT_105_Migrations_et_soins_en_Guyane.pdf.
- (5) Duplan H, Cazaux S, Hurpeau B, et al. Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285646>.
- (6) Moretti C, Jacquemin H, Prévost MF, Grenand P. Pharmacopées traditionnelles en Guyane- Créoles, Palikur, Wayapi. Ed. Orstom 2004.
- (7) Chippaux JP, Goyffon. Envenimations et intoxications par les animaux venimeux ou vénéreux. Médecine Tropicale 2006 ; 66 (5) : 215-220.
- (8) Mebs D. Animaux venimeux ou vénéreux. Ed. Lavoisier 2006.
- (9) De Haro L. Envenimations par les nouveaux animaux de compagnie en France métropolitaine. Réanimation 2009 ; 18 : 617-625.
- (10) Pierini SV, Warrell DA, De Paulo A, and al. High incidence of bites and stings by snakes and others animals among rubber tappers and Amazonian Indians of the Jurua Valley, Acre State, Brazil. Toxicon 1996 ; 34 (2) : 225-236.
- (11) Malaque CMS, Gutiérrez JM. Critical Care Medicine. Ed. Brendt et al 2016.
- (12) Perrier G. Le pays des mille eaux. Guyane 2000-2005. Ed. L'Harmattan 2006.
- (13) Feitosa ES, Sampaio V, Sachett J, et al. Snakebites as a largely neglected problem in the Brazilian Amazon : highlights of the epidemiological trends in the State of Amazonas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2015 ; 48 (suppl 1) : 34-41.
- (14) CarrascoPA, Mattoni CI, Leynaud GC, et la. Morphology, phylogeny and taxonomy of South American bothropoid pitviers (Serpentes Viperidae) : South American bothropoids systematics. Zoologica Scripta 2012 ; 41 (2) : 109-124.
- (15) Bucarechi F, De Capitani EM, Vieira RJ, et al. Coral snake bites (Micrurus spp.) in Brazil : a review of literature reports. Clinical Toxicology 2016 ; 54 (3) : 222-234.
- (16) Gutiérrez JM, Calvete JJ, Habib AG, et al. Snakebite envenoming. Nature Reviews Disease Primers. 2017; 3: 17079.

Pierre FRANCES

*Médecin généraliste
1 rue Saint Jean Baptiste 66650 Banyuls sur mer*

Yann TAILLANDY

*Urgentiste
Avenue Alphonse Daudet 30200 Bagnols sur Cèze*

Song YANG-CROSSON

*Médecin généraliste
Route de Raban 97307 Cayenne*

Neil METCALFE

*Médecin généraliste
Programme Hippocrates. York. UK*

Aïda TALL

*Interne en médecine générale
34000 Montpellier*

Charlotte CORDIER

Externe 34000 Montpellier

Bientôt dans la vie active ?



KEEP CALM*

and

Démarrez sereinement votre vie pro avec les offres

START' **
MACSF

Publicité

* Pas de panique
** Les kits de démarrage MACSF

Flashez-moi



Ensemble, *prenons soin* de demain




Appli mobile



macsf.fr

**3233** Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

Suivez-nous sur :     Et échangez entre vous :  LA COMMUNAUTÉ MACSF

→ Une grève ? Pas celle-ci

Le SNJMG ne s'associe pas à la grève du 1-2 décembre, et ce notamment à cause des revendications libérales comme l'augmentation du prix de la consultation auxquelles nous ne sommes pas favorables.



En revanche, nous sommes évidemment en accord avec plusieurs autres demandes, comme la diminution de la charge administrative et la volonté d'avoir une médecine plus humaine. Nous sommes donc pour une grève favorable à ces points-ci.

Mais se concentrer sur l'augmentation du tarif de la consultation au détriment des autres revendications nous semble aller contre l'intérêt des patient-es, ainsi que l'accès aux soins pour toutes et tous puisque de nombreuses personnes risquent de ne plus avoir les moyens d'avancer les frais pour leur santé.

Nous rappelons par ailleurs que le fait de vivre sous le seuil de pauvreté, ainsi que d'être pauvre en conditions de vie est un des facteurs majeurs de renoncement aux soins, ce qui ne serait qu'encore augmenté par la hausse du prix de la consultation.

Nous continuons à militer contre la rémunération à l'acte, et pour le développement de la coordination avec les infirmières Asalée et de Pratique Avancée, contre toute forme d'installation forcée, ainsi que contre la 4^{ème} année de médecine générale.

Nous luttons pour l'accès aux soins pour toutes, la défense des établissements publics de santé, et de façon générale la défense des services publics de santé mis à mal depuis de trop nombreuses années, entraînant un virage vers la privatisation et l'hôpital "entreprise" contraire au principe d'offre de soins pour tout le monde. La santé étant un droit.

Le SNJMG

Contact presse : webmaster@snjmg.org

➔ Interview de Mathilde Hutzler

Interne en dernière année de médecine générale, qui a étudié les violences médicales lors de sa thèse

Tout d'abord, pourquoi ce sujet de thèse ? Comment as-tu eu l'idée de traiter de ce sujet ?

En fin d'externat, j'ai eu des « déclics » sur la question des violences médicales. Je me suis retrouvée confrontée à plusieurs témoignages de violences de médecins. Déjà par l'essai « Les brutes en blancs », qui m'a beaucoup marqué. Et puis ma compagne m'a décrit plusieurs violences dont elle a été victime lors de son parcours médical... Face à ces réalités, j'ai d'abord eu une sorte de réflexe de rejet, du type : « non, c'est pas possible, c'est une exception, non on fait pas ça, c'est pas ça la médecine... ».

Que des témoignages, des vécus, me heurtent autant m'a interrogé. Pourquoi le ressenti violent de personnes m'impactait autant ? Alors que j'avais pourtant l'habitude d'accueillir des souffrances... Et puis, je me suis rendue compte que ces actions et ces postures que je trouvais inacceptables, n'étaient ni exceptionnelles, ni des anomalies. Et surtout que ces violences n'étaient pas la production de quelques personnes « monstrueuses », psychopathes ou sadiques. Que beaucoup de soignant.e.s finalement perpétuaient des violences sur les

patient.e.s. Que moi aussi je pouvais en produire. Que moi aussi j'en avais produit ?!

Tout ça, vous vous en doutez c'est difficile à intégrer. Et au moment de commencer mon internat, j'avais très peur. Pas tant à l'idée de « tuer mes patient.e.s » que d'être violente envers eux. De rajouter à la souffrance de leur état, une souffrance due à moi seule et qui aurait pu être évitée.

Travailler sur la question des violences médicales s'est donc imposé à moi, d'abord comme une nécessité. J'avais besoin de conjurer ma peur d'être violente. Je voulais trouver une solution pour ne pas risquer de m'éloigner de ma volonté de prendre soin des patient.e.s. Et puis sur un plan plus intellectuel, je voulais comprendre ce qui se passait. Comment cette violence était possible, alors qu'a priori quand on fait médecine, on a plutôt envie d'aider les gens, de les soulager plutôt que de les faire souffrir.

Bref, j'avais plein d'idées, plein de questions, et la thèse m'a semblé être la meilleure manière de les explorer.

Quel était l'objectif principal de cette étude ?

À vrai dire, l'objectif a pas mal évolué au fur et à mesure de l'étude du sujet. Comme je l'ai dit, je m'intéressais beaucoup à la genèse et aux mécanismes qui sous-tendent ces violences. Qu'est ce qui permet que la violence s'insinue ainsi dans la pratique médicale ?

Mais lors de la bibliographie et des échanges avec le comité d'éthique, je me suis rendue compte que la dénomination de « violence médicale » et même l'existence de violences étaient questionnées bien

plus que je ne le pensais. En plus de ne pas avoir de définition précise, il n'y avait ni article, ni recherche institutionnelle qui évoquait l'idée que la violence pouvait venir de médecins quels qu'ils soient, généralistes par exemple. Les « violences gynéco-obstétricales » étaient décrites avant tout comme des violences sexistes. Et les « maltraitements » faisaient plutôt état de la violence de l'hôpital, de l'institution médicale sur ses soignant.e.s et donc, par ricochet, sur les patient.e.s.

L'objectif de la recherche est donc devenu celui de détailler ce que les médecins généralistes perçoivent de cette violence. S'ils pensent y avoir une place ou le rôle qu'ils peuvent y jouer.

À travers les conceptions de médecins généralistes, comprendre ce qui se joue dans la violence subie par des patient.e.s et exercée par les médecins généralistes.

Peux-tu décrire en quelques mots l'étude, la méthodologie (questionnaire envoyé par mail, ou en face à face etc.) ?

Alors on a réalisé une étude qualitative inspirée de la méthode par théorisation ancrée. Pour simplifier on peut l'opposer à la méthode quantitative. Dans le quantitatif, on a déjà une hypothèse, et l'étude consiste à récolter des données statistiques pour la confirmer ou l'infirmer. C'est un travail qu'on appelle déductif. Ici, on a effectué un travail inductif : on a récolté des données diverses et plurielles autour du sujet, et à partir de celles-ci on a construit nos hypothèses. Et pour finir on a intégré ces hypothèses dans un modèle explicatif.

C'est une analyse qui prend du temps et qui demande d'arriver à prendre du recul sur soi-même et ses propres opinions. C'est pour ça que dès le début j'ai questionné mes certitudes et mes présupposés, afin d'être consciente de mes propres biais.

Une fois ce premier travail réalisé, j'ai pu aller récolter les données auprès des médecins généralistes. Cela s'est fait sous forme de dix entretiens individuels (9 en présentiel et 1 en visio).

Quelles étaient les questions posées aux médecins interrogés ?

Ce n'était jamais exactement les mêmes questions, je suivais un guide d'entretien semi-dirigé qui a évolué au fur et à mesure de la recherche. L'objectif était de leur laisser le plus large champ possible pour détailler leurs conceptions autour de ce sujet. L'idée du guide d'entretien est d'amener progressivement les participants à parler de ce qui nous intéresse de la manière

la plus naturelle possible. Par exemple, j'ai pu commencer par évoquer avec eux la violence que les médecins subissent, leur vécu des patient.e.s dits « difficiles », ou encore leur conception de ce que serait un médecin idéal. Quand aux questions de fin d'entretien, elles visaient à questionner le.a médecin sur ses possibles propres violences et comment iel les comprenait.



As-tu eu des obstacles dans l'élaboration de cette thèse, notamment en termes d'acceptation du terme "violence médicale" ?

Oui ! La rédaction des guides d'entretien a d'ailleurs été un vrai petit casse-tête. On avait peur que les médecins se sentent attaqués et se ferment à la simple évocation du mot « violence ». Pour savoir comment aborder la question avec les médecins on a réalisé des entretiens préliminaires avec des personnes expertes de ces questions : un médecin, une socio-anthropologue, et une patiente. Ces entretiens nous ont donné des pistes pour aborder la question sans heurter les médecins. Nous avons donc décidé d'aborder la question par les violences que les médecins ressentaient subir.

Cependant, le comité d'éthique du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) nous a fait comme retour que le terme de « violence » risquait d'être trop violent justement, à recevoir pour les médecins. De plus, le terme de « violence médicale » n'est pas clairement défini dans la littérature institutionnelle. Cette dénomination provenant surtout de la littérature grise et des témoignages de patient.e.s, la légitimité de son utilisation a donc été beaucoup questionnée au cours de la recherche.

Comment ont réagi globalement les médecins interrogés ?

Malgré nos inquiétudes, tout s'est très bien passé ! Aucun ne s'est senti attaqué personnellement, et les entretiens ont été très riches. Dans l'ensemble je dirai qu'il y a deux grands types de réaction face aux questions les plus « touchy », soit les médecins avaient déjà réfléchi à ces questions et livraient une analyse de la violence

qu'ils pensaient exercer. Soit ces questions leurs étaient étrangères, tant, qu'ils n'envisageaient pas que je puisse parler de leur propre violence. Pour ceux là, la perception de violence des patient.e.s est davantage liée à des malentendus ou des maladresses, qu'une « vraie » violence.

Étaient-ils réticent.es à répondre au questionnaire ? As-tu eu beaucoup de refus ?

J'avoue que je ne les ai pas tous comptés, mais oui beaucoup plus de refus que d'entretiens effectifs. J'ai démarché un grand nombre de médecins de façon assez multiple, j'ai fait du porte à porte, appelé les secrétariats, envoyé des mails... Après ils ont surtout évoqué leur manque de temps

plutôt qu'un rejet de mon sujet. D'autant que j'avais présenté ma thèse comme une réflexion sur les violences ou sur les relations patient.e.s soignant.e.s, sans entrer dans le détail et sans utiliser le terme de « violence médicale ».

Peux-tu nous résumer les principaux résultats de l'étude ?

Les résultats s'articulent autour de trois grands axes, la possibilité d'utiliser le terme de « violences médicales », les mécanismes de ces violences et pour finir, les solutions face à celles-ci.

Pour commencer, notre analyse encourage véritablement à utiliser le terme de violences médicales. D'une part pour légitimer le vécu des patient.e.s, et d'autre part pour interpeller et sensibiliser les soignant.e.s à cette question. La pertinence de cette dénomination a été validée notamment devant la conception des médecins que : la définition de ce qu'était une violence, appartenait

aux personnes en ayant subie. Et le terme de violences médicales ayant justement émergé par les témoignages de patient.e.s, il semble donc bien à propos d'en user.

Sur la question des mécanismes, on a pu observer de multiples interactions qui peuvent mener à la violence et qui sont très interconnectés. Il y a la question des études qui formatent les médecins autour d'habitudes et d'automatismes. La question de l'épuisement du médecin aussi, très liée aux conditions de travail et aux pressions subies. Mais avant tout, c'est la question de la domination qui est centrale. Tout d'abord, la

relation patient.e-soignant.e est asymétrique, avec un.e patient.e qui se trouve dans une situation particulièrement vulnérable, en demande face à un médecin « sachant » et possédant plusieurs privilèges. En effet, les études médicales et la société transforment l'étudiant.e en médecine en un agent dominant qui a droit de faire des ordonnances, toucher le corps des gens, poser des questions intimes... À ces données s'ajoutent les dominations persistantes dans la société : sexisme, racisme, LGBTphobie, validisme, psychophobie, grossophobie, classisme et cætera ; le médecin n'est pas hors de la société et porte aussi ces discriminations dans sa pratique. Cela a été noté par les médecins interrogés qui toustes pressaient que les violences médicales s'exerçaient particulièrement sur les patient.e.s les plus minorisé.e.s, mais également plusieurs articles témoignent de ces biais discriminatoires très implantés dans nos pratiques. Pour conclure sur la question de la domination qui engendre la violence, il faut revenir sur le fait que le.a médecin subit de nombreuses pressions dans son exercice de par la société, la démographie des patient.e.s trop importante et les patient.e.s, notamment lorsqu'ils sont considérés comme "difficiles". Ces différentes pressions insécurisent le médecin, qui plutôt que d'accepter sa vulnérabilité ou sa non-omniscience, va être violent devant la peur de perdre sa domination. Parfois il y a même un risque de rejeter la faute sur le.a patient.e qui est "trop compliqué" ou qui "met en échec la prise en charge", ce qui s'ajoute encore à la violence subie.

Et pour finir, on voit que les conséquences de cette violence ne sont pas uniquement négatives, elles peuvent entraîner de la souffrance et un renforcement de certains comportements observés par les étudiants ; mais elle peut aussi mener à l'indignation, et donc au témoignage de ces violences par des soignant.e.s et surtout par les patient.e.s. Le témoignage est un des outils les plus puissants à mobiliser face à la violence. Comme je l'ai dit la violence n'est pas forcément conscientisée par les médecins qui l'exercent, et le témoignage à ce pouvoir de la rendre visible. Et quand le médecin arrive à prendre conscience que cette violence médicale existe, c'est cette fois un cercle vertueux qui s'enclenche. La prise de conscience permet une remise en question, une réflexivité sur sa pratique et le fait d'en discuter aussi éventuellement avec d'autres médecins. Ce sont les clés qui permettent de mener à une amélioration des pratiques. Cette capacité à revenir sur sa manière d'exercer va nous permettre de mobiliser les compétences professionnelles nécessaires pour être bien traitant. En effet, pour lutter contre les violences les médecins ont évoqué de nombreux points : être attentif, prendre son temps, expliquer, respecter, demander le consentement, etc. Il y a bien sûr la compétence communicationnelle qui est au premier plan, mais je parlerais de manière plus large de professionnalisme. On voit d'ailleurs qu'on nous parle de ces compétences dans l'internat de médecine générale.



En pratique, aurais-tu des conseils à donner aux médecins et futur.es médecins ?

Alors déjà prendre soin de soi. Même avec les meilleures intentions du monde, quand on va mal il y a beaucoup plus de risque de faire subir de la violence aux patient.e.s. Et puis ensuite je dirai de rester curieux, continuer à se poser des questions, continuer à se former, à échanger

avec des collègues... Cette exigence est difficile à maintenir tout au long de son exercice ; mais je ne vois pas d'autres moyens pour continuer à être réflexif sur sa pratique et se remettre en question que de s'exposer à d'autres connaissances que sa propre expérience.

La formation pourrait-elle être améliorée ?

Comme je l'ai dit juste avant, les départements de médecine générale commencent à s'approprier la question des compétences professionnelles et du professionnalisme. C'est malheureusement tardivement dans notre cursus, mais on nous encourage à faire preuve de réflexivité, se remettre en question et remettre en question nos chefs. Et puis il y a le fait de faire appel à des patient.e.s partenaires pour les modules de communication qui permet de considérer leurs témoignages et leurs compétences comme légitimes. Tout ça participe à un meilleur apprentissage que celui délivré lors de l'externat, mais je ne suis pas sûre que cela suffise à remettre en cause nos automatismes et nos réflexes. De façon plus générale, et à tous les niveaux de notre apprentissage, je pense que là où on gagnerait le plus, c'est à changer la perception de nos erreurs. Les erreurs, surtout en médecine où la vie des gens est en jeu, c'est souvent considéré comme inacceptable. Cependant on le sait maintenant, les erreurs, c'est avant tout une manière d'apprendre et de s'améliorer. Pourtant pendant

toutes nos études (en tous cas c'est mon ressenti), chacune de nos erreurs menait à notre humiliation par nos chefs. Je me souviens avoir été terrorisée, dès mon premier stage, à l'idée de mal faire ou faire des erreurs parce qu'à chaque fois je me faisais engueuler, et méchamment... En plus, ça se transforme facilement en cercle vicieux, on a peur de se faire engueuler donc on ne dit pas son erreur et ça peut avoir des conséquences encore plus graves ! Et puis la hiérarchie à l'hôpital étant particulièrement prégnante, on n'arrive pas non plus à dire à un chef qu'il a pu faire une erreur... Tout ça, c'est lié à l'insécurité et la peur de perdre sa domination dont je parlais plus tôt, mais aussi à la pression des responsabilités que l'on porte en tant que médecin.

Donc effectivement, envisager ses erreurs comme des opportunités pour s'améliorer ça permettrait d'avancer sur beaucoup de sujets je pense. Alors bien sûr ça ne va pas se faire en claquant des doigts et c'est un processus lent, mais travailler sur cette question pourrait être très prometteur.

As-tu eu des témoignages de patient.e.s à propos de ces violences médicales ?

Oui, c'est d'ailleurs des témoignages des patient.e.s dont on est partis pour ce travail. Comme je le disais le terme de "violence médicale" c'est avant tout un mot utilisé par les patient.e.s ! Dans cette étude j'ai décidé de m'attarder sur la conception des médecins sur la question, mais je n'ai pas pour autant négligé le point de vue des patient.e.s. L'entretien préliminaire avec la patiente partenaire a été particulièrement éclairant, aussi quand j'y suis revenue après les entretiens

des médecins. Elle avait préfiguré que la violence des médecins était liée au fait qu'ils se sentaient remis en cause, dans leurs connaissances ou leurs compétences. J'ai lu bien sûr d'autres témoignages mais ils n'ont pas bénéficié d'une analyse complète. Cela pourrait être d'ailleurs très intéressant de réaliser en miroir de mon analyse, une recherche s'intéressant cette fois à la perception des patient.e.s.

Comment vois-tu la pratique future de la médecine ?

Alors ça va dépendre de si j'adopte un point de vue pessimiste ou optimiste sur la question. Dans l'avenir proche, avec la pénurie de médecins face à la pression démographique je sens que ça va être très difficile d'exercer sereinement avec une pratique de qualité... D'autant que j'ai peur que la santé devienne bientôt un luxe pour beaucoup plus de personnes au vu de la pauvreté qui augmente et des volontés politiques actuelles. Mais d'un autre côté, je vois énormément d'opportunités pour qu'une médecine plus inclusive et bienveillante prenne place. Déjà, il y a la question générationnelle, je crois qu'on a grandi avec moins de biais racistes, sexistes et LGBT-phobes etc. que nos aînés, même si bien sûr ça prend du temps et des concepts aussi terribles que le "syndrome méditerranéen" persistent. Mais je crois qu'on est vraiment en voie d'amélioration sur ce plan. Et puis, l'avancée des connaissances médicales et de nos compétences informatiques changent la donne, pour l'exercice de la médecine mais aussi pour son apprentissage. Aujourd'hui, on a plus besoin d'être un annuaire ambulancier et de connaître tout par

cœur. De toute façon, on ne le pourrait pas, les connaissances explosent, et on ne pourra jamais tout savoir. Les compétences importantes en médecine ce sera du coup de savoir analyser ses propres connaissances, de rechercher celles qui nous manquent le moment venu, et surtout du coup de savoir être médecin, savoir parler au patient.e.s... Et j'espère que ce sera intégré par les études de santé, pour que la sélection se fasse autrement et qu'on ait un apprentissage davantage attentif au vécu des patient.e.s. D'ailleurs le.a patient.e aussi est plus informé, le médecin n'est plus le seul détenteur du savoir avec l'accès généralisé à internet. Je sais que certains médecins voient ça d'un mauvais œil, je pense que c'est lié encore une fois au besoin de contrôle et de garder son statut de "sachant". Mais si on arrive à intégrer dans nos modèles que le.a patient.e peut nous apporter des connaissances et être moteur dans sa prise en charge, ben je pense qu'on aura tout gagné. Et on aura la possibilité que la médecine s'améliore, que ce soit sur la prise en charge formelle ou sur les questions de violences.

Y a-t-il des moyens de faire des recherches à plus large échelle selon toi ?

Alors là on est vraiment au tout début de l'étude de la question donc c'est difficile à dire, mais en tous cas la possibilité est là. Maintenant que le terme de violence médicale est légitimé ce sera peut-être aussi plus facile de se lancer dans des nouveaux projets. Je pense qu'en médecine

générale en tous cas ça commence à être une véritable préoccupation. En tous cas cette question pourrait être explorée pour les autres spécialités, les autres formes de pratiques ou même chez d'autres métiers médicaux ou paramédicaux.

Y a-t-il des pays où la recherche est plus avancée ?

Je n'en ai pas eu l'impression quand j'ai réalisé ma bibliographie en tous cas. Mais ne parlant pas un anglais impeccable, je suis peut-être passée à côté de certaines études ou initiatives. Après

il faut aussi prendre en compte les différentes structures d'organisations qui existent selon les pays et qui modifient certainement quelque peu les mécanismes que nous avons observés.

Des questions te paraissent-elles prioritaires à étudier sur ce sujet ?

Prioritaires je ne sais pas, mais en tous cas il y a plein de pistes pour poursuivre la recherche. La conception du côté des patient.e.s, les possibles variantes selon les modes d'exercices, ou la perception de ces erreurs comme je l'ai évoqué plus tôt. Mais de mon côté, j'ai envie de poursuivre l'exploration du sujet en faisant un

lien avec le concept de confraternité. Celui-ci a été évoqué par quelques-uns des participants à ma thèse comme un obstacle à la prise en compte des violences. J'ai la sensation qu'il y a quelque chose qui s'y joue donc j'ai bien envie de me confronter à la question.

→ Guide de prise en charge des victimes de violences sexistes et sexuelles

Recommandations de la Haute autorité de santé (HAS)

- **Montrer son implication** : Affiches et brochures à disposition des patient(e)s en salle d'attente.
- **Questionner systématiquement**, même en l'absence de signe d'alerte. Un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps. La violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels.
- **Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum**. Attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement.
- **Considérer l'impact sur les enfants** du foyer pour les protéger. Toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés.
- **Expliquer les spécificités des violences** au sein du couple pour déculpabiliser le/la patient(e) et l'aider à agir. Différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes, évoluent par cycle successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps.
- **Évaluer les signes de gravité**. Si besoin mettre en place des mesures de protection.
- **Établir un certificat médical ou une attestation professionnelle**. Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.
- **Si besoin faire un signalement**. Avec l'accord de la victime, porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatées, sans nommer l'auteur des faits. Mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est mineur(e) ou vulnérable.
- **Informier et orienter la victime** en fonction de la situation. Informer la victime qu'elle est en droit de déposer plainte, les faits de violence sont interdits et punis par la loi. Orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.
- **S'entourer d'un réseau multiprofessionnel**

À consulter :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violences_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf

<https://www.memoiretraumatique.org/espace-professionnels-et-interventions/introduction.html>

- 1) Conditions : lieu, temps, disponibilité et écoute active.
- 2) Veiller aux situations de vulnérabilité et aux signes d'alerte.
- 3) En l'absence de signes, questionner en expliquant.
- 4) Rappeler la loi pour déculpabiliser. Rassurer. Orienter.

2

Documentation disponible à connaître

ACCUEIL de potentielles victimes de violences sexistes et sexuelles, violences intrafamiliales, conjugales, soumission chimique, majeures ou mineures, avec ou sans enfants...
Ref : Formation de l'HAS + dispositif préconisé legifrance.gouv.fr

EXAMENS PHYSIQUES et PSYCHIQUES en cas de VIOLENCES, de SOUMISSION CHIMIQUE, d'AGRESSION SEXUELLE, de VIOL, de MUTILATION SEXUELLE... Prélèvements et conservation des preuves. Contact UMJ.

CERTIFICATS en cas de violences de toute nature. AVEC ou SANS dépôt de plainte.
Suspicion de soumission chimique : **SIGNALEMENT** au CEIP-A.

FICHE DE LIAISON À DESTINATION DES ASSOCIATIONS D'AIDE AUX VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES ET CONJUGALES
Coordonnées des associations locales + personnes référent(e)s
Prévoir hospitalisation ou mise à l'abri.

DÉPÔT DE PLAINTE SIMPLIFIÉ
Coordonnées des agent(e)s de police/gendarmerie spécialisé(e)s dans les violences sexistes et sexuelles. **UMJ.**

- **SIGNALEMENT DESTINÉ AU PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE - soignant(e)s**
- **SIGNALEMENT VICTIME DE VIOLENCES INTRAFAMILIALES, CONJUGALES ET/OU SEXUELLES - victime**
- **SIGNALEMENT au CEIP-A Régional (Soumission chimique)**

FICHE DE RECUEIL DU CONSENTEMENT ET D'INFORMATION DE LA VICTIME (RECUEIL DE PREUVES SANS PLAINTE)

3

SOUSSION CHIMIQUE

Urgences adultes ou pédiatriques, médico-judiciaires ou service de médecine légale

A effectuer avant toute administration de médicaments

1. **Interroger** sur traitements, consommation de produits, contexte.
2. **Examen clinique complet** : violences physiques et psychiques
3. **Fiche de recueil** à remplir ou observations consignées par écrit. (A adresser au CEIP régional.)
4. **Prélèvements biologiques en double** (un pour la procédure judiciaire)
 - sanguins : 2 tubes sur EDTA + 1 sur fluorure (x2)
 - urinaires : 30ml - récipient plastique (x2)
 - cheveux : en fonction de l'anamnèse et du délai (< à 1 mois) (x2)
 autres prélèvements éventuels (x2) ex : boissons, produits...
- Étiquetage** : Identité, date de naissance, sexe, date d'admission
- Conservation** : sang+urine : -20°C à l'abri de la lumière. Cheveux : endroit sec à l'abri de la lumière
5. **Agression sexuelle** : recherche de sperme, proposer sérologies virales, traitement anti-VIH, test de grossesse, traitement contraceptif d'urgence
6. **Inciter à déposer plainte. Pas d'obligation.**

Contacteur le/la Toxicologue analyste

1. **Déterminer** conjointement les substances à rechercher en priorité. L'avertir de l'envoi des échantillons en double. Contacter le CEIP pour être orienté vers les laboratoires compétents.
2. **Transmettre** les échantillons avec Fiche de renseignements ou bon d'examen complet. Indiquer : diagnostic suspecté, éléments cliniques, délai par rapport à l'agression.
3. **Notifier** par téléphone le CEIP-A régional

Après les résultats

1. Fournir la Fiche de renseignements ou l'observation médicale au CEIP-A régional
2. Répondre aux demandes d'informations du CEIP sur le dossier.

4

SOUSSION CHIMIQUE

Rôle des Toxicologues analystes - Laboratoire

Le laboratoire doit disposer du **matériel adapté** à la recherche et au dosage de produits psychoactifs.

- Chromatographe en phase liquide à haute performance couplé à une barrette de diode
- Chromatographe en phase gazeuse couplé à la spectrométrie de masse
- Appareillage permettant la conservation des échantillons à -20°C.

Sinon, **transmettre TOUS les échantillons** sans délai en emballage réfrigéré (sauf cheveux) à un laboratoire compétent, qui transmettra les résultats. Le CEIP régional peut orienter vers les laboratoires compétents.

Echantillons en double : la moitié servira à une procédure judiciaire ultérieure.

Molécules à rechercher et à doser prioritairement :

Alcool éthylique, benzodiazépines et analogues, antihistaminiques H1 et sédatifs, anticholinergiques, méprobamate, GHB, kétamine, cannabinoïdes, opioïdes, cocaïne, LSD, amphétamines.

D'autres molécules seront à rechercher en fonction de l'examen de la victime.

1. **Analyses** sanguines et urinaires en accord avec le médecin.
2. **Analyse** des cheveux si demande du médecin en fonction de l'anamnèse et du délai par rapport à l'agression.
3. **Conservation** des échantillons.

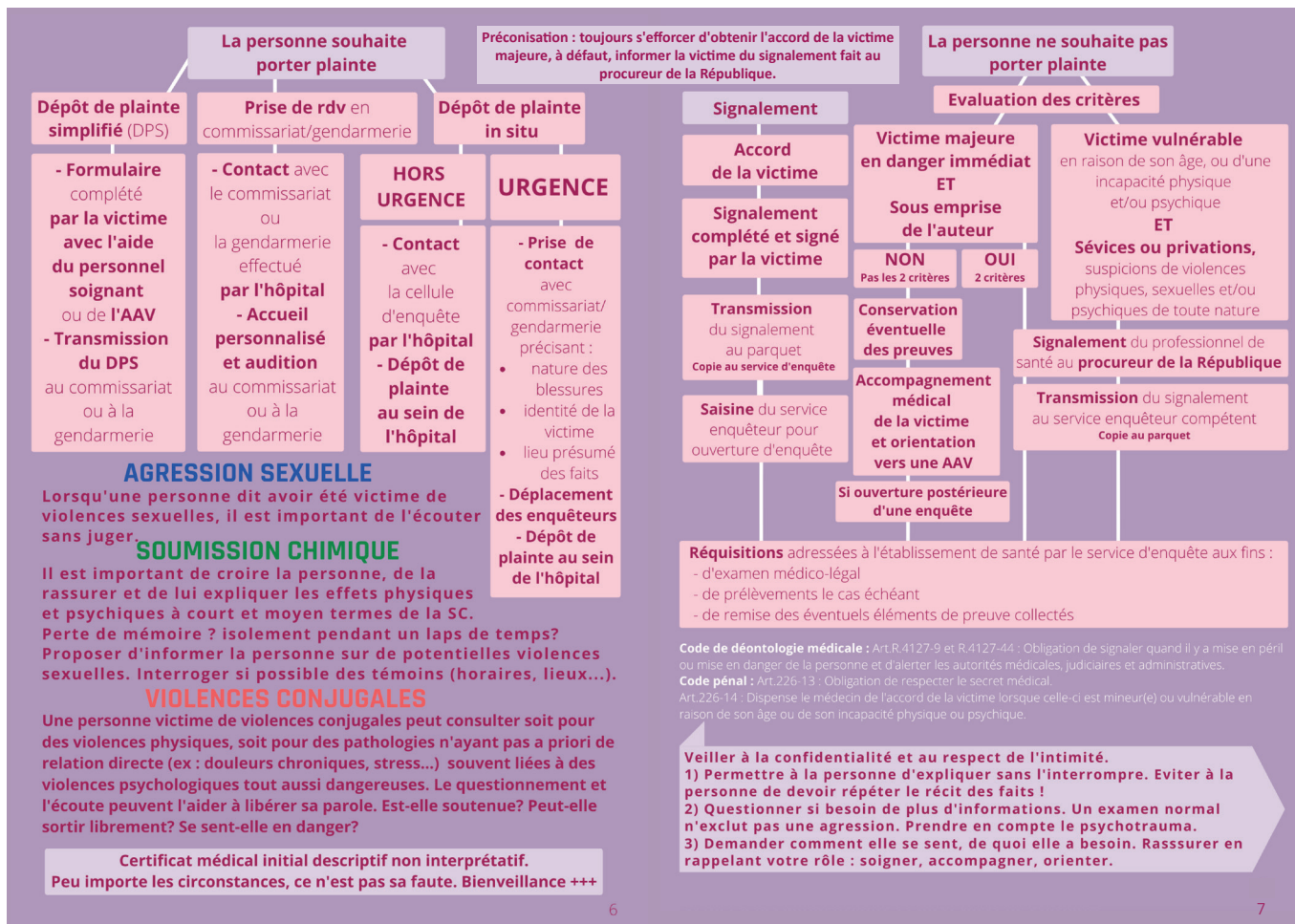
TOUS les résultats, même négatifs, doivent être communiqués par le toxicologue au médecin clinicien qui en avait fait la demande. Si réquisition de l'autorité judiciaire = résultats transmis à l'autorité requérante.

Déclaration du cas au CEIP régional.

CEIP-A régional

Bilan annuel régional des cas de soumission chimique avec les résultats locaux et un bilan annuel national.

5



6

7

AGRESSION SEXUELLE*
 *Toute forme de violence de nature sexuelle avec ou sans pénétration.

Urgences adultes ou pédiatriques, médico-judiciaires ou service de médecine légale

1. Interroger sur les faits (date, heure, nature de l'agression)
2. Antécédents gynéco-obstétricaux : DDR, dernier rapport, traitements, et substances consommées...
3. Examen clinique complet : violences physiques et psychiques.
 - **Somatique** : lésions de violences (cou, visage, cuisses...)
 - **Gynécologique** : déchirures, ecchymoses, plaies, corps étranger...
 - **Anal si nécessaire** : fissures, lésions internes, corps étranger...
 - **Evaluation psychologique** par un psychiatre si état de stress majeur ou sur demande de la police, sinon à différer de 48h si possible.
4. Examens complémentaires :
 - Prélèvements locaux à la recherche de spermatozoïdes** : 3 écouvillons par site, sur lame. **Délais** : vaginal : 5 jours, anal : 24h, oral : 12h (palais, sillons gingivo-labiaux). **Conservation** : écouvillons au congélateur pour recherche ultérieure d'ADN.
 - Prélèvements locaux à visée infectieuse** : gonocoques (vagin, anus), chlamydiae (vagin, PCR urinaire).
 - Prélèvements sanguins** : sérologies VIH, Hépatites B et C, TPHA-VDRL, Beta HCG. **Prélèvements conservatoires** pour éventuelle recherche d'ADN (2 tubes de sang EDTA). **Bilan biologique standard** si prescription d'un traitement prophylactique antirétroviral (NFS, bilan hépatique, lipasémie, ionogramme sanguin, créatininémie).
 - Prélèvements à visée toxicologique** (sang et urines). Voir **Soumission chimique**.
 - Radiographies** si nécessaire.

Traitements

- **Contraception d'urgence** (Norlevo 2 cp en 1 prise)
- **Traitement prophylactique antirétroviral** (Tenofovir + Emtricitabine (=Truvada) + Lopinavir 2 cp 2 fois par jour) pour 48h+ **réévaluation par référent VIH**
- **Gammaglobulines anti HbS** si sujet à risque

8

Certificat médical

À remettre à l'autorité requérante ou à la victime si absence de plainte
Préciser : **Identités** de la victime, du médecin examinateur, des personnes présentes au moment de l'examen, **date et heure de l'examen, récit des faits** de la victime sans interprétation, **prélèvements effectués** et **prélèvements conservatoires**.
Observations cliniques sans jugement.

Suivi

- **Consultation à 48h** : réévaluation psychologique + médecin référent VIH si traitement prophylactique
- **Suivi sérologique** : VIH, Hépatites B et C, TPHA-VDRL, à 1 mois et 3 mois; Béta HCG à 1 mois
- **Suivi psychologique ou psychiatrique** si besoin. Sinon orienter vers une AAV.

VIOLENCES CONJUGALES

1. Interroger sur faits, traitements, consommation de produits, contexte. Traumatismes antérieurs. Evaluer la situation (danger?) pour elle et ses enfants.
2. Examen clinique complet : violences physiques et psychiques
3. Prélèvements et prélèvements conservatoires + Documenter : Photos utiles à une procédure judiciaire.
4. Certificat médical à remplir ou observations consignées par écrit.
5. Définir une ITT (UMJ) et/ou un arrêt de travail.
7. Proposer une prise en charge psychologique

Voir protocoles viol + soumission chimique si besoin

Accompagner la victime et l'aider à rédiger le dépôt de plainte. Hospitaliser la victime si incapacité d'un retour à domicile ou l'aider pour une mise à l'abri (elle et ses enfants). Orienter la victime vers une AAV. Rappeler le n°3919 (Violences femmes infos)

Voir informations : dépôt de plainte, absence de plainte, signalement

Afficher dans votre service les n° des intervenant(e)s police ou gendarmerie, AAV de la région, CEIP régional, laboratoire... Afficher des messages de prévention en salle d'attente avec les coordonnées des AAV.

9

À NE PAS DIRE

QUESTION FERMÉE / SOUS-ENTENDU / IRONIE / ORDRE / COMMENTAIRE

- "Vous êtes sûr(e) que vous n'aviez pas bu?"
- "Vous devriez porter plainte."
- "Pourquoi n'avez-vous pas...?" "Vous auriez dû..."
- "Vous aviez pris des drogues?"
- "Je vais vous examiner."
- "Ce n'est pas si grave. Tout va bien."
- "Pourquoi est-ce qu'il a fait ça?"

Ne jamais minimiser ou nier la souffrance.

À DIRE

QUESTION OUVERTE / DEMANDE D'ACCORD

- "Combien de verres d'alcool avez-vous bus?"
- "Quels traitements ou substance(s) psychoactive(s) prenez-vous?"
- "Êtes-vous d'accord pour que je vous examine?" Expliquer l'acte.
- "Comment vous sentez-vous à la maison? Avez-vous peur?"
- "Je ne suis pas la personne la mieux qualifiée pour en parler, alors je vous prie de m'excuser si je suis maladroit(e). Je peux vous orienter vers des associations de soutien."

DIAGNOSTIC / ORIENTATION

- "Parfois, les victimes de (faits) ont les mêmes symptômes."
- "(qualifier la violence) est interdit."
- (résultat négatif) "Sur ce point-là, je n'ai rien trouvé. Cela ne remet pas en question ce que vous dites."
- (résultat positif) "Je vais vous faire un certificat, je peux vous orienter vers l'UMJ et une association d'aide aux victimes."
- "Si vous le souhaitez, vous pouvez porter plainte."
- "Qui peut-on contacter pour vous aider?"

Certificat médical initial descriptif non interprétatif.
Peu importe les circonstances, ce n'est pas sa faute.
Bienveillance +++

10

Les violences

Déceler les violences conjugales

- **Violences psychologiques** : chantage, mépris...
- **Violences verbales** : insultes, menaces, cris...
- **Violences administratives** : confiscation de papiers, obstacles aux démarches nécessaires...
- **Violences sociales** : isolement, interdictions...
- **Violences économiques** : contrôle des finances, vol, non contribution aux dépenses
- **Violences sexuelles** : non respect du consentement, pratiques imposées...
- **Violences physiques** : coups, bousculades...
- **Cyberviolences** : harcèlement téléphonique, traçage, publication/envoi de photos intimes...
- **Violences sur les enfants** : manipulation, menaces...

Identifier les Violences Sexistes et Sexuelles (V.S.S.)

- **Violences au travail** : harcèlement moral, harcèlement sexuel
- **Violences éducatives** : famille, école, collège...
- **Outrage sexiste** : harcèlement de rue, sifflement, filature...
- **Discriminations sexistes**, souvent associées à d'autres formes de discriminations racistes, LGBT, validistes, classistes...
- **Violences intrafamiliales** : entre membres d'une famille (privations, assister à des scènes de violences...)
- **Agressions sexuelles, viol**
- **Mutilations sexuelles**
- **Excision**
- **Mariage forcé**
- **Proxénétisme**
- **Soumission chimique (SC)** et profiter de la vulnérabilité chimique

Il est important de se former et de s'informer sur les séquelles psychiques et sociales des violences (état de stress post-traumatique, troubles anxieux, risques de suicide, amnésie traumatique, mécanismes d'emprise, cyberviolences, impact du harcèlement sur la santé, populations les plus exposées...), et de déconstruire certains stéréotypes (ex : la SC ne concerne pas que les milieux festifs, elle est d'ailleurs plus fréquente qu'on ne le pense dans des cas d'agressions sexuelles, de violences intrafamiliales, et sur personnes vulnérables : enfants, personnes âgées, handicapées.).

N.B. : Même si tout le monde peut être un jour concerné, certaines personnes ont plus de risques d'être victimes de V.S.S. : personnes trans, migrant(e)s, personnes handicapées, mineur(e)s, travailleur(euse)s du sexe... Soyons particulièrement vigilant(e)s !

11

Violences sexistes et sexuelles

Chaque année, en France :

- plus de **200 000** femmes sont victimes de violences par conjoint.
- **94 000** femmes déclarent avoir subi un viol ou une tentative de viol.
- Depuis 2016, le nombre de féminicides ne diminue pas.*

Les violences touchent tous les âges, et en particulier les personnes vulnérables : enfants, personnes handicapées. Or, les soignant(e)s ont un rôle majeur dans le dépistage des violences et dans l'accompagnement des victimes tout au long de leur parcours de soins, physiques et/ou psychiques.

Améliorer la prise en charge, c'est d'abord s'informer sur ces violences pour apprendre à les repérer, à questionner, et à adapter ses pratiques et les soins proposés aux potentielles victimes.

Ce guide est là pour vous aider.

*Source : Observatoire des violences faites aux femmes

En cas d'urgence :

- Police, gendarmerie: le **17** ou le **112**

Par SMS: le **114**

- Signalement en ligne et infos:

<https://arreteonslesviolences.gouv.fr>

- Pharmacie: "**Masque 19**" pour être secouru(e)

Associations d'Aide aux Victimes (AAV) :

- Violences femmes infos: **3919**

- En avant toutes - tchat:

www.commentonsaime.fr

- Écoute Violence Femmes Handicapées:

01.40.47.06.06 - mail: ecoute@fdfa.fr

ecoute-violences-femmes-handicapees.fr

- Viols femmes infos: **0 800 05 95 95**

- France Victimes: **116 006**

- CIDFF: **01 42 17 12 00**

- CIMADE: <https://www.lacimade.org>

- GAMS : **01.43.48.10.87**

- Excision, parlons-en:

contact@excisionparlonsen.org

- Allô Enfance en danger: **119**

- Planning familial : **08000811 11**

<http://www.planning-familial.org/>

- Maison des femmes

Outils :

Mémo de vie: application sous forme d'agenda sécurisé pour stocker des preuves.

The Sorority: application d'entraide

- LGBTphobies: www.flagasso.com

Renseignements :

- CEIP: ansm.sante.fr

- Centre d'Addictovigilance:

<https://addictovigilance.fr/centres/>

➔ Propositions de loi RIST : Bonnes ou mauvaises idées ?



Que dit la loi ?

La loi RIST a été adoptée en première lecture la semaine dernière à l'Assemblée nationale.

"L'article 1^{er} permet d'ouvrir l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA) dans le cadre d'un exercice coordonné, pour que les patients puissent se rendre directement chez ces professionnels sans passer en amont par un médecin. Il permet aussi d'ouvrir la primo-prescription aux IPA".

Il y aurait deux types d'IPA : spécialisé-es selon leur formation et praticien-nes pour les soins primaires dans le cadre de pathologies bénignes.

"L'article 2 vise à permettre l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie lorsque le kinésithérapeute exerce dans une structure de soins coordonnés. Les consultations d'un kinésithérapeute en premier recours permettraient d'éviter certaines consultations médicales pour les troubles musculosquelettiques ou la petite traumatologie notamment pour les actes

les plus fréquemment réalisés (lombalgie commune, entorse de la cheville, prothèse de hanche, épaule opérée). Les soins dispensés seront justifiés par le bilan de kinésithérapie versé par le praticien au dossier médical partagé (DMP) du patient et transmis au médecin traitant".

Les conditions nécessaires à l'application de cet article sont :

- ➔ Dans la limite de 10 séances ;
- ➔ La transmission systématique du bilan et du compte-rendu au médecin et au patient ;
- ➔ Pour les CPTS, l'inscription des modalités de prise en charge dans le projet de santé de la structure ;
- ➔ Prendre prioritairement en charge les patient-es atteints d'affections de longue durée.

"L'article 3 permet d'ouvrir l'accès direct aux orthophonistes travaillant dans une structure d'exercice coordonné. Les soins prodigués sont versés par l'orthophoniste au dossier médical partagé du patient (DMP) et transmis au médecin traitant".

"L'article 4 crée la profession d'assistant en médecine bucco-dentaire, présentée comme un assistant dentaire de niveau deux".

Revenons sur le statut d'IPA : créé via la loi Touraine de 2016 et un décret en 2018, avec un diplôme bac + 5, vise notamment à réduire la charge de travail des médecins en élargissant les compétences de certains infirmiers sur des pathologies ciblées.

« l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer » (orientation, prévention, éducation, dépistage, quelques renouvellements ordonnances, etc.). 5 domaines d'intervention sont définis :

- Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- L'oncologie et l'hémato-oncologie ;
- La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale ;
- La psychiatrie et la santé mentale ;
- Les urgences.

Qu'est-ce que cela impliquerait comme changements ?

Les avantages :

- Accès direct aux IPA/kinés/orthophonistes ;
- Facilitation pour les renouvellements d'ordonnance ;

- Temps d'attente sans doute diminué, à condition de s'en donner les moyens (c'est-à-dire de former suffisamment ces professionnel-les. En effet, actuellement la liste d'attente chez les kinés et orthophonistes est déjà longue. Il faut également s'assurer qu'assez d'IPA soient formées, et probablement augmenter le nombre de kinés et d'orthophonistes formés pour répondre à cette demande) ;
- Augmentation du temps médical des médecins ;
- Amélioration de l'accès aux soins pour les 6 millions de français-es sans médecin traitant.

Pourquoi tant d'opposition des médecins ?

Les principales oppositions à cette loi avancent ces inquiétudes :

- Crainte d'une moins bonne prise en charge des patient-es, avec des erreurs de diagnostic ;
- Problème de responsabilité si erreur il y a ;
- Perte du monopole de prescription des médecins.

Conditions pour une bonne application de ces mesures

Pour s'assurer des bonnes conditions d'applicabilité de cette loi, il faudra s'assurer que les actes possibles soient bien définis (pathologies bénignes, etc.). De même, il faut une bonne communication entre les médecins généralistes et les IPA/Kiné/orthophonistes pour la transmission d'information aux médecins traitants (via un mode de communication préétabli, une messagerie sécurisée, commune et fonctionnelle accessible à tout soignant), et une liste de contacts de médecins généralistes pour demander un avis au moindre doute.

Nous soutenons la coopération pluriprofessionnelle et le partage des compétences.
Nous soutenons le communiqué de presse ci-dessous.

Contact : webmaster@snjmg.org



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur
www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Les Centres de Santé KERSANTÉ
Recrutent **des Médecins Généralistes**
en statut salarié cadre !
Rejoignez-nous !

Postes à pourvoir à : Lyon (69), Toulouse (31), Lamballe (22), Lorient (56), Saint-Egrève (38), Rennes (35), Brest (29), Valsérhône (01), Valence (26), Paris (75).

Pourquoi nous rejoindre ?

- Découvrez l'exercice coordonné au sein d'équipes pluridisciplinaires.
- Participez à des projets : parcours de santé coordonné, prévention et éducation à la santé.
- Secrétaires médicales et assistants médicaux à vos côtés.
- Temps de travail choisi : activité principale ou complémentaire, téléconsultation à domicile possible.
- Un accès étendu à la formation professionnelle (DPC et +).
- Des avantages attractifs : tickets restaurants, abonnement transport, mutuelle d'entreprise, prévoyance, avec participation employeur.

N'attendez plus et postulez dès maintenant !

Contactez Laetitia GUYON au
06 08 52 82 51 ou
par mail à laetitiaguyon@officesante.com

**100 %
médecine**

**0 %
administratif,
ça vous tente ?**



Kersanté c'est :

- Des Centres de Santé à taille humaine avec des valeurs fortes.
- Bâties autour de la médecine générale et de la mission de médecin traitant.
- Ancrés dans leur environnement local.
- Qui proposent un environnement de travail neuf, performant, et agréable.



BTP RMS

• MÉDECIN COORDONNATEUR

**En EHPAD
Saint-Étienne-du-Rouvray (76) - Poste à temps plein**

MISSION

- Élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, coordonner et évaluer sa mise en œuvre.
- Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins (GIR et GMP).
- Participer aux différentes réunions (trouble du comportement, soins palliatifs, analyse des risques (chute/nutrition, commission éthique...)).
- Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement.
- Établir, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents.

RECHERCHE

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Participe aux astreintes médicales (nuit, week-end, jours fériés).

RÉMUNÉRATION

Rémunération selon profil.

MISSION

- Assurer la prise en charge médicale, le suivi du patient dans le respect du projet de soin et de vie du patient.
- Assurer la promotion de la santé auprès du personnel et veiller à l'application des précautions standard et complémentaires d'hygiène.
- Assurer avec le médecin chef et les autres médecins la co-responsabilité des EPP (évaluations des pratiques professionnelles).
- Apporter un avis médical pour les patients hospitalisés en EHPAD ou SSR.
- Assurer, en liaison avec le médecin chef, la gestion des risques médicaux.
- Participer et animer des comités selon l'organisation définie en CME (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS, etc.).

ADRESSEZ CV ET LETTRE DE CANDIDATURE

POSTE DE MÉDECIN COORDONNATEUR :

Saint-Étienne-du-Rouvray : recrutement.lechateaublanc@probtb.com

POSTE DE MÉDECIN GÉRIATRE :

Cires-lès-Mello : recrutement.letillet@probtb.com

Gradignan : recrutement.lesfontainesdemonjous@probtb.com

La Talaudière : recrutement.labuissonnere@probtb.com

La Chapelle d'Armentières : recrutement.pontbertin@probtb.com

Pontault-Combault : recrutement.leparc@probtb.com

• MÉDECIN GÉRIATRE

**En clinique SSR
Cires-lès-Mello (60)
Poste à temps plein**

En EHPAD

**Gradignan (33) - Poste à temps partiel
La Talaudière (42) - Poste à temps plein et à temps partiel
La Chapelle d'Armentières (59) - Poste à temps partiel
Pontault-Combault (77) - Poste à temps partiel**

- Participer à l'organisation et à la mise en œuvre des plans blancs et bleus en cas de risques exceptionnels : canicule, épidémies).
- Favoriser la bonne coordination médicale avec les établissements amonts et aval.
- S'attacher à la bonne information et à la satisfaction des personnes accueillies et des proches.
- Assurer la continuité des soins de l'établissement selon planning.





apas-btp

RECRUTE

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

L'APAS-BTP (Association Paritaire d'Action Sociale du Bâtiment et des Travaux Publics de la Région Parisienne) a été fondée en 1946 dans le but de créer, organiser, développer et gérer les Œuvres Sociales Collectives de la Profession du Bâtiment et des Travaux Publics présentant un caractère général et destinées à améliorer les conditions de vie du personnel des entreprises et de leur famille.

Nos principaux domaines d'intervention sont :

- Le secteur social (service social, conseil en orientation professionnel, prêts à taux bonifiés...).
- Les vacances et les loisirs (familles, enfants, jeunes, groupes, CE...).
- La santé (Centres de santé pluridisciplinaires).

Nos deux centres de santé ouvert depuis 1958 pour le centre de santé de Robert Pommier (Paris 12^{ème}) et depuis 2016 pour le centre de santé de Boulogne-Billancourt proposent des consultations de médecine générale, spécialisée et un service dentaire pratiquant l'omni pratique et l'implantologie. Nous avons également un service d'imagerie médicale.

Vous souhaitez évoluer dans un environnement dynamique, passionnant et en constante évolution, alors n'hésitez pas à nous rejoindre !

Nous recherchons un médecin généraliste à temps partiel sur Boulogne

Profil : Être inscrit à l'Ordre des médecins.

Avantages et Rémunération

- Statut Cadre.
- Chèques déjeuner.
- Complémentaire santé.
- Prévoyance PRO BTP.
- CE (Chèques vacances, bons de Noël, place de cinéma, séjours...).
- PEE et PERCO à 50% du titre de transport.

Salaire

Une part fixe représentant 70% du salaire brut mensuel proratisé au temps de présence, de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers à temps plein (révisée le 24/01/2022).
Une part variable sur 30% du chiffre d'affaires.

CONTACT

lbeaudouin@apas.asso.fr ✉



L'HÔPITAL FOCH RECHERCHE un médecin généraliste salarié

temps plein ou temps partiel en CDI pour rejoindre l'équipe du **CENTRE DE SANTÉ - LA DÉFENSE** afin d'assurer des consultations de médecine générale programmées ou non.



Le centre de santé propose une offre de soins pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (IDE) en secteur 1. Un plateau technique est mis à disposition pour la réalisation d'examen complémentaires et un centre d'imagerie est situé dans le bâtiment.

Le centre de santé accueille également une activité de check-up
Contact : Erwan FOURN, Responsable médical
Tél. : 01 46 25 23 08
Email : e.fourn@hopital-foch.com



COMMUNE DE BERLAIMONT DANS LE NORD

Petite ville à la campagne de 3200 habitants en expansion (une centaine de logements en cours de construction), je m'inscris dans le parc de l'Avesnois, je suis bordée par la forêt domaniale de Mormal et la rivière Sambre, je suis une des 43 communes de la communauté d'Agglomération Maubeuge-Val de Sambre, je dispose d'écoles maternelles et élémentaires privée et publique et d'un collège.

JE RECHERCHE pour ma maison médicale toute neuve : 2 Médecins généralistes, dentiste et professionnels paramédicaux

Vous trouverez dans notre commune :

un centre d'imagerie médicale, une maison de retraite privée, un centre de post cure psychiatrique, une pharmacie, des commerces...



CONTACTS

Mairie.berlaimont@wanadoo.fr
Michel Hannecart, Maire : 06 64 74 88 85
M Christine Doctobre, 1^{ère} adjointe : 06 79 84 36 93
Francine Fostier adjointe chargée de communication : 06 82 29 35 32
Voir aussi le site de la mairie

Amblainville



Le Centre de santé de la Commune d'AMBLAINVILLE (Sud de l'Oise) RECRUTE

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

salariés (h/f) CDD avec possibilité d'évolution vers CDI

Temps plein ou partiel - Salaire attractif

QUALIFICATION REQUISEDiplôme d'État de Docteur en Médecine.
Inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins.La connaissance de Doctolib et /ou HelloDoc constituerait un atout supplémentaire.
Vous intégrerez la Maison de santé pluridisciplinaire travaillant en étroite collaboration avec le GHT Nord Ouest Vexin Val d'Oise (dont l'Hôpital René Dubos de Pontoise) et l'Hôpital de Beauvais.

Vous serez assisté d'un secrétariat médical.

Amblainville (1800 hab) est un bourg dynamique.

À 50 km de Paris, il bénéficie d'un cadre vert et de toutes les commodités (écoles, commerces, pharmacie...).

Accès immédiat à l'autoroute A16, gare SNCF à 3 km et RER à 20 minutes par bus quotidiens.

☎ 0344 52 03 09 ✉ amblainville@amblainville.fr

Envoi de lettre de motivation + CV

Mairie d'AMBLAINVILLE

Place du 11 Novembre - 60110 AMBLAINVILLE



HAUTS-DE-FRANCE

**LA VILLE DE LOUDÉAC**(10 000 habitants) en Bretagne crée
son Centre Communal de Santé

à partir du 03 Avril 2023 et recrute

3 MÉDECINS SALARIÉS,
qui seront assistés par 2 secrétaires
médicales.**Adresser lettre de motivation et curriculum vitae
par courrier à Monsieur le Maire de Loudéac**

Service des Ressources Humaines

20 Rue Notre Dame - BP 645 - 22606 LOUDEAC CEDEX

Ou par courriel à : f.renoult@ville-loudeac.frL'exercice coordonné est un atout réel pour
votre pratique. Vous bénéficiez d'un système
d'information partagé et d'une organisation
vous permettant de vous concentrer sur le cœur
de votre métier.Le Centre de Santé Municipal sera installé
dans les locaux d'une Maison de Santé
Pluriprofessionnelle (coexistence de médecins
libéraux et de spécialistes du Centre Hospitalier
du Centre Bretagne) à titre principal et sur une
antenne à titre secondaire. Un partenariat
entre les professionnels de santé sera engagé
sur différents aspects de la pratique de la
médecine générale (logiciel partagé, réunions
de concertation pluriprofessionnelles,
consultations non programmées...).

BRETAGNE

LA COMMUNE DE PLUMELEC**RECHERCHE****MÉDECINS
GÉNÉRALISTES**Morbihan Sud. À 20 mn de Vannes, une heure de Rennes et une heure et demie
de Nantes. **La commune de Plumelec**, haut lieu de la résistance bretonne et
du cyclisme international amateur et professionnel, compte 2750 habitants.
Elle concilie tranquillité de la campagne, vitalité économique et touristique.**Le pôle médical de Plumelec**, livré en 2014, voisin du nouvel espace
scolaire, est géré par la commune. Y exercent, un médecin, un pédicure
podologue, quatre infirmières, trois kinés, un orthophoniste. Un local est
disponible pour un deuxième médecin. Le parking réservé à la clientèle
propose une vingtaine de places de stationnement. La pharmacie jouxte
ce complexe de santé. Hors pôle médical, la commune compte également
un dentiste, un ostéopathe, un service associatif de soins et de maintien au
domicile, un service de portage de repas à domicile, une résidence autonomie
pour personne âgées, un foyer d'hébergement pour adultes déficients intellectuels
et un salon d'esthétique.Les praticiens peuvent compter sur la présence de nombreux médecins
spécialisés tous situés entre 20 et 30 km, avec le centre hospitalier
Bretagne Sud Atlantique situé à Vannes (Préfecture à 20 mn), hôpital
général avec accueil urgences, maternité et services spécialisés
ainsi que le centre hospitalier de Ploërmel à 30 minutes.**CONTACT****Mme Monique Sélignour,**

Directrice Générale des Services de la commune de Plumelec

Courriel : ms.mairie@plumelec.fr - Téléphone : 02 97 42 36 16



2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

pour son cabinet médical à **PASSAIS VILLAGES**

RECHERCHE

PRÉSENTATION DE LA COMMUNE

Commune de 1200 habitants, située en Normandie dans l'Orne, située à 30 minutes de Bagnoles l'Orne Normandie, à 1 h de LAVAL, 1 h 30 de RENNES, 1 h 30 de CAEN et 1 h du Mont-Saint-Michel.

Sur place : École élémentaire au collège, médiathèque, gymnase, tous commerces, pharmacie, maison de retraite, associations (club de foot, centre équestre...).

Aide à l'installation possible.

CABINET MÉDICAL REFAIT À NEUF, COMPRENANT :

- Trois infirmières.
- Deux médecins.
- Un deuxième local vide pour accueillir deux kinésithérapeutes.



CONTACT

Mairie de PASSAIS VILLAGES

Tél. : 02 33 38 71 12

Mail : accueil-mairie@ccandainepassais.fr

ÉZY-SUR-EURE

3800 Habitants au cœur d'un bassin de 16000 habitants.



VILLE TRÈS DYNAMIQUE : Nombreux commerces et marchés, écoles, collège, crèche, garderie, vie culturelle et associative.

LE CENTRE DE SANTÉ D'ÉZY-SUR-EURE RECRUTE

DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES SALARIÉS

1h de Paris

1h de Rouen

35 mins d'Évreux

30 mins de Mantes-la-Jolie

20 mins de Dreux

- Médecin généraliste avec ou sans ancienneté.
- 35 heures hebdomadaires.
- Heures supplémentaires possible.
- Congés payés réglementaires (25 jours).

- Participation au paiement d'une mutuelle labellisée.
- Comité National d'Action Sociale CNAS.
- Rémunération attractive et évolutive.



CONTACTS

Adresser votre CV à Claude ROUGERON, 1 rue Octave Lenoir - BP 53 - 27530 Ézy-sur-Eure ou par email : clauderougeron@wanadoo.fr
P. LEPORTIER, Maire - 02 37 64 73 48
C. ROUGERON, Maire-Adjoint - 06 08 31 33 60

Site internet : www.ezysureure.fr



LES JONQUILLES

Centre de Nutrition et de Réadaptation
18 rue Jacqueline Auriol
76620 LE HAVRE

- Poste Temps Plein en CDI.
- Prise en charge des patients en SMR Polyvalents.
- Participation au roulement des astreintes.
- Intégration dans une équipe pluridisciplinaires.

RECRUTE

EN COMPLEMENT DE SON ÉQUIPE MÉDICALE EN POSTE

Pour son nouvel Établissement de 86 lits et 15 places d'Hôpital de jour situé au Havre (76)

**MÉDECIN (H/F)
GÉNÉRALISTE
ou GÉRIATRE**

Pour plus de renseignements, merci de prendre contact

avec Mme DONNET, Directrice
au 02 32 79 66 25 ou 06 73 49 15 93
Mail : pdonnet@roseraie.fr



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES PONT-AUDEMER VAL DE RISLE

Notre communauté de communes compte 32 000 habitants mais rayonne sur un territoire beaucoup plus vaste. Situé à 1h30 de Paris au cœur de la Région Normandie, à proximité immédiate de grandes agglomérations telles que Rouen, Le Havre et Caen et de sites touristiques comme Honfleur ou Deauville.

Nous avons engagé une stratégie de santé ambitieuse qui nous a d'ores et déjà amené à investir dans trois pôles : Un PSLA à Pont-Audemer, un pôle de santé à Montfort sur Risle et à Quillebeuf-sur-Seine. Des locaux fonctionnels, chaleureux et attractifs en termes de conditions, vous seront proposés afin de débiter sans délai votre activité au sein d'équipes pluridisciplinaires.

Dans nos villes, un cadre de vie agréable, un bassin d'emploi dynamique pour accueillir votre conjoint, une multitude de services, d'animations et une vie culturelle dense pour votre famille.

Afin de poursuivre le développement de l'offre de soin sur le territoire,

NOUS RECHERCHONS

3 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Prêts à nous rejoindre dans le cadre d'un exercice libéral.

Vous êtes disponibles prochainement ou immédiatement ?

Rejoignez notre territoire et installez-vous en Normandie !

N'hésitez pas à utiliser les coordonnées ci-dessous pour toute question !

☎ 02 32 41 08 15 ✉ pascal.gouix@ccpavr.fr
Place Verdun - BP 429 - 27504 Pont-Audemer CEDEX



NORMANDIE

**Vous êtes médecin généraliste libéral ?
Vous avez envie de contribuer à construire la médecine de proximité de demain ?
Et si vous vous installez dans Le village où il fait bon vivre ?**

Dans le cadre de la construction d'une maison médicale projetée en 2024 (lancement des travaux en 2023) la commune de SATOLAS-ET-BONCE, idéalement située dans le nord-Isère, toute proche de la métropole de Lyon et de l'aéroport Lyon-Saint-Exupéry.



RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Un cabinet médical est d'ores et déjà à votre disposition pour vous accueillir dans des conditions idéales.

Nous vous proposons de venir étoffer une équipe pluridisciplinaire déjà installée sur le village et qui rejoindra ce projet : un médecin généraliste, un cabinet de kinésithérapeutes, un cabinet d'infirmiers, 2 orthophonistes et une ostéopathe (répartis actuellement sur 2 sites).

Un dentiste, un psychologue et une pharmacie viendront compléter cette offre de soin.

Cette maison médicale répond aux besoins d'une population dynamique et en croissance constante.

Pour plus de renseignements contactez la Directrice Générale des Services : **Mélanie BOUDEY**,
melanie.boudey@satolasetbonce.fr



AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Urgent
ANTRAIGUES (Ardèche)

recherche

1 ou 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Nous recherchons un voire deux médecins généralistes pour installation dans 2 cabinets médicaux équipés.

Dans ce bâtiment sont déjà présentes des infirmières, une ostéopathe. Le médecin installé depuis 47 ans a pris sa retraite en juin dernier. Ce dernier prenait soin des résidents de l'EHPAD qui est sur place mais également de deux autres EHPAD à proximité, et bien sûr de la population de la Commune et des 11 autres Communes alentours (environ 3 000 personnes).

Le Pharmacien, situé tout à côté est prêt à participer à la télétransmission et à l'accueil téléphonique.

Les collectivités locales accompagneront cette installation.



☎ **06 52 27 14 11**
✉ lsautel@free.fr

☎ **04 75 94 68 64**
✉ administration@vallées-antraigues-asperjoc.fr



SAINT-MARCEL-D'ARDÈCHE

(Limite département gard, village sud Ardèche)

Venez découvrir notre belle région et travailler en **CENTRE DE SANTÉ**, tous frais pris en charge par la commune (locaux, secrétariat, etc.).

Salaires et emploi du temps négociables. Présence **INFIRMIÈRE ASALÉE, kiné, psychologue clinicienne.**

Projet en cours de construction d'un nouveau centre de santé près du groupe scolaire, incluant les différents professionnels de santé de la commune (2 cabinets infirmiers, ostéo, psychologue...).

Gare TGV 35 mns.

A7 25 mns, VALENCE 1H / AVIGNON 1H.



RECHERCHE
**2 MÉDECINS
SALARIÉS**

Pour tous renseignements complémentaires
Sylvie SABATIER (élue et responsable du centre)

Tél. : **06 24 32 75 84**

(après 18H ou laisser un message)



hno Hôpitaux Nord-Ouest
Tarare-Grandris

ON RECRUTE

Praticien généraliste / gériatre

A temps plein (PH, PHC...) pour son service de Médecine Polyvalente de 30 lits

Service à orientation gériatrie, gastro-entérologie, pneumologie, neurologie et soins palliatifs.

Patients majoritairement adressés par le service des urgences/UHCD.

Équipe médicale, paramédicale, de rééducation et sociale en place.

Établissement multi-sites avec service d'accueil des urgences et SMUR, bloc de chirurgie ambulatoire, plateau technique (imagerie conventionnelle, échographie et scanner) et 320 lits d'EHPAD.

Situé à 5 minutes à pied de la gare de Tarare qui permet de rejoindre Lyon en 45 mn.

Cadre de vie et locaux agréables.



Contact : sfourchet@hno.fr



LES CLINIQUES MÉDICALES ET DE RÉADAPTATION DU NORD DJONNAIS

RECHERCHENT

1 MÉDECIN

ÉTABLISSEMENTS

Les Cliniques de Réadaptation du Nord Dijonnais sont composées de deux centres de Soins Médicaux et de Réadaptation de 90 et 60 lits situés dans l'agglomération nord dijonnaise (Fontaine-lès-Dijon, Messigny-et-Vantoux).

La SMR Jouvence Réadaptation est un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation de 60 lits avec la mention complémentaire en gériatrie et en onco-gériatrie situés à Messigny-et-Vantoux. L'équipe médicale est composée de 4 médecins.

Le Centre de Convalescence Gériatrique de Fontaine est un centre de Soins Médicaux et de Réadaptation de 90 lits dont 82 lits avec la mention complémentaire en gériatrie pour 82 lits et 8 lits EVC-EPR. L'équipe médicale est composée de 5 médecins et deux internes.

MISSIONS

Définir les conditions d'admission en collaborations avec ses confrères et étudier les demandes.

Accueillir les patients entrant et élaborer le projet thérapeutique en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale.

Piloter et superviser la prise en charge des patients durant leur séjour.

Assurer le lien avec les familles durant le séjour.

Conseiller et orienter les patients lors de la sortie.

Participer à la structuration et au développement du projet médical de l'établissement.

L'astreinte est commune aux deux établissements et réalisée par l'ensemble de l'équipe médicale.

PROFIL

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou **GÉRIATRE - H/F**

Poste CDI - temps complet ou temps partiel (De 0.8 à 1 ETP).

Date de prise de fonction souhaitée :

Avril 2023.

Diplôme français ou européen, expérience en gériatrie-psychiatrie souhaitable.

Renseignements et candidature à adresser à :
Dr. Bertrand Perrin
06 47 47 64 42/ bperrin@ccgf.fr



LA FONDATION
GEORGES
COULON,



établissement privé solidaire adhérent à la FEHAP, intervient dans deux grands domaines de la santé publique : Le sanitaire et le médico-social. Elle regroupe 6 structures en Sarthe qui comptent plus de 700 lits et places, et près de 500 salariés.

RENSEIGNEMENTS

Auprès de la DRH : recrutements@fondation-gcoulon.fr

www.fondation-gcoulon.fr

Bon vivre en Sarthe, cadre de vie optimal à moins d'1 heure de Paris en TGV.

Facilité d'aide au logement dans le cadre d'un déménagement.

Elle souhaite renforcer son équipe médicale sur ses deux sites sanitaires :

● Un poste de **médecin généraliste ou gériatre en SSR** sur le **SITE DU MANS**

● 2 postes de **médecin généraliste ou gériatre** sur le **SITE DU GRAND-LUCÉ**

Cet établissement est reconnu hôpital de proximité et travaille en partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire ainsi que les professionnels libéraux. Il intègre des cabinets de médecins libéraux au sein de sa structure. L'un des postes à pourvoir propose une activité de médecin généraliste partagée entre une activité libérale et un temps partagé sur l'activité de médecine.



LA COMMUNE DE TESSON CHERCHE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F pour son Pôle Médical



Située dans le territoire de la Saintonge Romane, la commune est reconnue pour la qualité de son cadre de vie : entre vignes, champs de cultures et forêts. Elle est également située à 1h de Bordeaux et à 30 min de la plage.

Le bourg de Tesson offre une diversité de commerces et services, notamment au plan alimentaire (boulangerie, boucherie, épicerie multi-services), de la santé (maison de santé, pharmacie), des services (auto-école, office notarial) ce qui participe à son dynamisme.

Comme mentionné ci-dessus, la commune possède un Pôle médical. Ouvert depuis le mois de mars 2021, il se situe le long de l'Avenue de Saintonge, près de notre pharmacie.

Le pôle médical accueille à ce jour : un Kinésithérapeute, deux ergothérapeutes dont une spécialisée en pédiatrie ainsi qu'une psychologue. En dehors du Pôle médical, la commune dispose de 4 infirmiers, de 2 médecins généralistes. À ce jour, un dernier emplacement demeure disponible au sein du Pôle médical pour l'accueil de nouveaux praticiens.

Contactez la Mairie au
05 46 91 60 24



Chaunay (Nouvelle-Aquitaine) RECHERCHE pour son centre médical, DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

VOTRE FUTUR ENVIRONNEMENT

Le bourg de Chaunay est situé sur la N10 (axe Paris - Bordeaux), entre Poitiers (25 min) et Angoulême (40 min). Bordeaux est à 2h et La Rochelle à 1h30. C'est une commune rurale dynamique de 1232 habitants qui possède tous les commerces et services nécessaires à assurer une bonne qualité de vie à ses concitoyens. Vous y trouverez notamment un accueil périscolaire, des écoles (maternelles et primaires), un bureau de poste, une supérette, un bar tabac presse, un hôtel restaurant, un salon de coiffure, 2 stations-services (en cours de finalisation), un garage automobile ... et 3 établissements médico-sociaux (1 EHPAD, 1 résidence autonomie et 1 foyer de vie pour personnes en situation de handicap). Il dispose également d'un tissu associatif conséquent et actif, qui permet à chacun de s'investir selon ses envies dans la vie communautaire.

VOTRE FUTUR UNIVERS PROFESSIONNEL

Vous exercerez dans un centre médical de 170 m², doté de deux bureaux et salles d'examen, de deux salles d'attente et d'un espace accueil, secrétariat. Les matériels (PC, logiciel HELLODOC en réseau, un ECG récent, un Sensory baby test ...) sont cédés gratuitement par les médecins actuels.

Cette configuration peut permettre différentes organisations selon vos souhaits : Un seul MG avec assistant(e) médical(e), ou deux MG avec temps choisi ou activité mixte.

Un logement de type 3 de 75m² situé à l'étage et disposant d'une entrée séparée complète cet ensemble architectural.

La patientèle (environ 1500 patients) offre une activité variée, allant du nourrisson jusqu'au grand âge.

Vous rejoindrez également une équipe paramédicale jeune et dynamique déjà présente et à proximité immédiate : 2 Infirmières libérales, un cabinet de 3 kinésithérapeutes, ainsi qu'une pharmacienne, récemment installée.

VOS AVANTAGES ET OPPORTUNITÉS

- Pas de rachat de la patientèle.
- Les locaux seront mis à votre disposition par la municipalité pour l'euro symbolique, pour une période de deux ans minimum.
- Contact possible avec les deux praticiens (catherinelionel.martin@orange.fr)
- Possibilité de remplacements préalables avant décision et accompagnement à l'installation.
- Possibilité pour le médecin généraliste d'être salarié de la Mairie.

Sachez enfin que la commune est classée en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale), ce qui permet une exonération fiscale totale durant 5 ans, puis partielle de la 6^{ème} à la 8^{ème} année, ainsi que des aides importantes.

Pour plus d'informations sur
cette proposition, contactez nous :
06 24 26 74 75 - 06 75 48 58 24
Courriel : chaunay@departement86.fr



La ville de ROYAN vous tend les bras

Station balnéaire très prisée de la côte Atlantique, la ville de Royan propose une diversité d'activités entre mer et terre de caractère. À 2h de Bordeaux, 1h30 de La Rochelle et 2h de Poitiers, la ville de Royan présente de nombreux atouts pour favoriser votre installation personnelle. La Mutualité Française Centre Atlantique, acteur majeur de la Charente-Maritime, vous permettra de vous mettre en lien direct avec ses partenaires pour la réalisation de votre projet personnel.

VOS AVANTAGES

Vous vous appuyerez sur une équipe administrative réactive et à l'écoute. Vous serez impliqué dans un projet de santé en lien avec la CPTS du territoire et les professionnels libéraux.

Et côté salarial ?

Vous pourrez bénéficier de l'ensemble des avantages de la Mutualité Française Centre Atlantique :

- Aménagement de votre temps de travail.
- Rémunération fixe.
- Avantage d'entreprise (mutuelle, prévoyance, tickets restaurant, CSE...).
- Droit à la formation et au développement professionnel continu.

Vous souhaitez en savoir plus sur ce beau projet ?



Contactez-NOUS Anne LEONARD, Directrice Filière Soins Médicaux | 06 85 94 82 44 | aleonard@mfca.fr

DEVENEZ MÉDECIN SALARIÉ À ROYAN

NOS VALEURS MUTUALISTES

La Solidarité et Intérêts Collectifs composent la ligne de conduite de notre mutualité.

Nous garantissons sur le territoire Charente-Maritime et Deux-Sèvres une offre de soins pour tous par des Services de Soins et d'Accompagnement Mutualiste (SSAM).

L'innovation et la construction d'un dialogue sont nos solutions au service de la pleine Santé et de la protection sociale durable de tous.

Visitez notre site web :

<https://www.mfca.fr/>

Et restons connectés



LA MAIRIE DE SAINT-AMBROIX RECHERCHE

1 MÉDECIN OU 1 COUPLE DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

Ville de centralité, cité historique et porte d'entrée du parc national des Cévennes, Saint-Ambroix se situe entre les Cévennes, l'Ardèche, la vallée de la Cèze et la mer. Sa démographie est en croissance grâce à sa forte activité commerciale et ses nombreux services publics (établissements scolaire de la crèche jusqu'à la fin du secondaire, maison France Service, La poste, banques, etc.). Son dynamisme s'illustre tout au long de l'année au travers des nombreuses associations, des animations culturelles et festives.

COTÉ PROFESSIONNEL

La construction d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire débute en décembre 2022 et dans l'attente, la municipalité met à disposition gracieusement un local professionnel situé en hyper centre et un logement type T4 dans une résidence sécurisée.

Le médecin responsable du C.P.T.S se tient à votre disposition pour tous renseignements d'ordre médical sur les besoins du secteur (coordonnées sur demande à la mairie).

Face à la cessation d'activité de plusieurs médecins libéraux au cours des dernières années, la commune recherche médecin(s) ou couple(s) de médecin(s) généraliste(s) afin de permettre de répondre aux besoins des habitants.

CONTACT

E-mail : dgs@saint-ambroix.com
Tél. : 04.66.24.00.02



Recherchons médecin généraliste

pour le territoire de Guillaumes
(Alpes Maritimes).

Situé au cœur de la Réserve Naturelle Régionale des Gorges de Daluis et aux portes du Parc National du Mercantour, à 1 heure 30 de Nice à 15 minutes d'une station de ski.

Une équipe paramédicale vous attend : 4 IDE, kinésithérapeute, podologue, psychologue, dentiste, ostéopathe, une pharmacie, un EHPAD, 1 centre de secours et d'incendie.

Des facilités d'installation : un cabinet médical équipé, avantages fiscaux

CONTACT

Mairie de Guillaumes : B. GENIN

☎ 04 93 05 50 13

✉ b.genin@guillaumes.fr



Beinheim (2000 habitants)

est situé à 45 km au nord de Strasbourg, à proximité de l'A35 et de la frontière allemande. Le village est dynamique et doté de différents services (dont pharmacie, espace santé, crèches, écoles maternelle et élémentaire, périscolaire, maison des Aînés, installations sportives) et de plusieurs commerces.



Nous recherchons dès à présent

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

prêt à s'installer dans les deux ans à venir pour assurer le remplacement d'un départ à la retraite.

Nous sommes prêts à mettre gracieusement un local à disposition en attendant la rénovation complète de l'ancien cabinet (possibilité de réaliser 3 salles de soin plus une salle d'attente). Vos vœux seront pris en compte pour l'aménagement futur ainsi que pour la réfection du logement attenant.



Vous voulez allier qualité de vie et installation durable dans un environnement humain et agréable, alors contactez-nous :

Mairie de Beinheim
03 88 53 04 04
mairie@beinheim.fr



BEINHEIM

Nous sommes à la recherche D'UN DEUXIÈME MÉDECIN GÉNÉRALISTE

qui viendra consolider l'Équipe de Professionnels de Santé déjà existante et composée de :

- 1 Médecin Généraliste
- 3 Infirmières
- 1 Kinésithérapeute
- 1 Ostéopathe
- 1 Psychologue
- 1 Psychomotricienne
- 1 Pharmacienne
dont l'officine est située à proximité de la MSP
- 1 Secrétaire Médicale

DESRIPTIF

Médecin Généraliste H/F.
Association SISA pour Maison de Santé Pluriprofessionnelle dès que possible.

ENVIRONNEMENT

La Commune de Boulange (57655) ouvrira une maison de santé pluriprofessionnelle labellisée par l'ARS au 3 avril 2023.

Vous exercerez en toute indépendance, dans le cadre conventionnel des règles déontologiques propres à l'exercice de votre profession. Vous demeurerez libre de développer votre projet professionnel personnel et les orientations thérapeutiques que vous souhaitez mettre en œuvre. Vous intégrerez la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) gestionnaire de la MSP et à ce titre serez éligible à la rémunération ACI prenant en charge une part de vos frais de fonctionnement et rémunérant votre investissement pluri-professionnel tel qu'il est décrit au projet de santé de la structure.

Structure pluriprofessionnelle répondant aux critères de l'ACI (accord conventionnel interprofessionnel), dispositif formalisé par le projet de santé de l'établissement :

- Système d'information partagé - Secrétariat physique.
 - Consultations non programmées / larges plages d'ouverture / Charte d'engagement - Réunions de suivi de dossiers.
 - Protocoles pluriprofessionnels (AVK, BPCO) - Missions de santé publique.
 - Éducation thérapeutique (Diabète, BPCO) - Maîtrise de stages étudiants 3^e cycle.
 - Coordination pluriprofessionnelle.
 - Communication externe / gestion des RV.
- Population territoire de Boulange : 28 000 Hab.



Boulange (57655)
Maison de Santé
Pluriprofessionnelle
Médecine Générale

Merci de prendre contact avec
Monsieur Falchi, Maire de Boulange au
06 61 86 31 40 (maire.falchi@boulange.fr) ou

Avec le coordinateur du projet,
Monsieur Kuntz Stéphane au
06 52 64 35 39 (kapac@tutanota.com)



MEDECINS, LA REGION OCCITANIE EST FAITE POUR VOUS !

Salariat, conditions de travail de qualité et bien-vivre, rejoignez les Centres de Santé de Ma Région

« En Occitanie, nous avons décidé de recruter des professionnels de santé partout où c'est nécessaire : territoires ruraux, de montagne ou périurbains. Rejoignez-nous pour faire reculer les déserts médicaux ! »

Carole Delga, Présidente de la Région Occitanie
Pyrénées-Méditerranée

Le GIP Ma santé, Ma Région recrute des médecins à temps plein ou à temps partiel, dans divers territoires urbains, périurbains, littoraux ou encore de montagne.

Conditions d'exercice : les Centres de santé de Ma Région sont des locaux neufs ou rénovés, sont équipés en matériel, véhicule électrique pour les visites à domicile ; ils disposent d'un secrétariat médical sur place ; vous évoluerez au sein d'une équipe pluri-professionnelle et serez impliqué.e dans le projet de santé du territoire ; facilités d'accueil pour conjoint.e et enfants.

laregion.fr/Recrutement-medecins
alicia.montoya@masantemaregion.fr
05 61 39 66 87



Les **NOUVEAUX** médecins Centre-Val de Loire

**LÉONARD,
MÉDECIN SALARIÉ
À BLOIS A CHOISI
DE CONCILIER
ET**

**LIBERTÉ
SÉRÉNITÉ**

**En rejoignant
Les nouveaux médecins **salariés**
en Centre-Val de Loire,
vous pourrez concilier :**

- **Bien-vivre et confort d'exercice**, en bénéficiant d'équipements neufs, ajustés à votre pratique et d'un cadre de travail apaisé.
- **Famille et patientèle**, en maîtrisant vos horaires et votre charge de travail.
- **Liberté et stabilité**, en bénéficiant des avantages du statut de salarié (22 jours de RTT et 25 jours de congés annuels).
- **Sérénité et engagement**, en prenant soin d'une communauté de patients avec l'appui de toute une équipe.

GIP PRO SANTÉ
9, rue Saint-Pierre Lentin – CS 94117
45 041 Orléans Cedex 1
lesnouveauxmedecins@gipprosante.fr
02 38 71 86 02



Retrouvez nos offres sur :

lesnouveauxmedecins.centre-valde Loire.fr



Ce projet est financé par le Fonds Européen de Développement Régional - Financement dans le cadre de la réponse de l'Union à la pandémie de COVID 19.