

D^r Marie-Laure de Severac et
D^r Pierre Poloméni

Compassion et pragmatisme : la fin des illusions

Les CSST sont des centres spécialisés de soins aux toxicomanes. Ils accueillent, *a priori* sans tabou, toutes sortes d'usagers de drogues et/ou des personnes en situation de précarité confrontés à des consommations de produits psycho actifs. L'histoire racontée ici est une vignette clinique.

Accueillir veut dire ouvrir la porte du centre, offrir un café, créer une relation, et à partir de là, proposer du soin, de la réinsertion.

Cette prise en charge est particulièrement forte lorsque s'associent des problématiques psychiatriques, familiales... et culturelles.

Les outils du soin comportent un savoir-faire, une prise en charge globale (médico-psycho-sociale), des médicaments... et le secret médical, le respect, voire la tendresse. Le CSST doit être un lieu privilégié, un lieu préservé, par rapport à la famille, à l'environnement...

Parfois, malgré l'expérience, des personnes ou des situations « prennent en défaut » l'équipe et ses certitudes, ou ses croyances.

S est une femme de 35 ans, attachante et intelligente, suivie depuis plusieurs années par le Centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Son histoire de vie est

Marie-Laure de Severac fait partie de la délégation régionale SOS Drogue International PACA et est chef de service au CSST Casanova-Marseille.

Pierre Poloméni est addictologue, directeur médical des centres spécialisés de SOS DI Marseille, délégué régional de l'association.

difficile. D'origine marocaine, elle est française, née en France. Elle décrit une enfance malheureuse, a trois enfants placés, et utilise de façon forcenée divers médicaments, des tranquillisants (benzodiazépines), de la cocaïne...

Au Centre, elle est suivie, accompagnée, et vient prendre régulièrement un traitement (traitement de substitution, antidépresseurs...), tout en parlant d'elle, de sa vie, de ses galères, de ses espoirs. La famille est absente, jamais nommée, jamais située. Les références de vie sont françaises et elle ne respecte aucun rituel religieux particulier.

Elle est découverte un soir d'août, décédée à son domicile, depuis plusieurs jours. Le surdosage médicamenteux, volontaire ou accidentel, est probable. Elle est transportée à la morgue de l'hôpital. La police déclenche une enquête, et se tourne vers le centre pour savoir si une famille est identifiée. Les différents intervenants cherchent, et ne retrouvent personne. Au bout de quelque temps, l'hôpital signale au centre, que le corps va être placé dans « le carré des indigents », « la fosse commune ».

L'équipe du centre (infirmières, psychologues, médecins, accueillants et travailleurs sociaux...) trouve cette fin choquante et décide de recueillir des fonds en se cotisant et en interpellant les structures sociales du quartier, afin d'assurer la prise en charge des obsèques. Après devis, la crémation est accessible sur le plan financier, et les divers avis pris auprès de ses proches et d'autres collègues semblent ne pas la contre-indiquer. Lors des obsèques, aucune personne de la famille n'est présente.

Quinze jours plus tard apparaissent au centre deux de ses frères, agressifs, injurieux, violents physiquement et menaçant d'intenter un procès. Ils téléphonent aussi à l'hôpital, au cimetière. Ils sont adressés à la police après de longues explications, police qui confirme l'importance des recherches effectuées et l'obligation du choix fait. La tension est forte, et dure longtemps (pendant plusieurs semaines, ils appelleront le cimetière, mais refuseront toujours de prendre possession de l'urne).

Dans le Centre, les patients parlent entre eux: certains sont très choqués de cette incinération, d'autres très touchés de l'initiative du centre. Parmi eux, beaucoup de musulmans. La Mosquée, toute proche, est prévenue de cet incident. Quelques jours après, de nombreux religieux viennent au centre, désirant des explications, et menaçant.

L'équipe du centre est profondément remuée par cette suite. Un aumônier musulman est invité au cours d'une réunion: l'incinération d'un musulman équivaut à « le donner à Satan ». Mais une prière au moment de l'incinération pouvait avoir un effet protecteur. De

nombreux échanges ont lieu alors avec ce représentant religieux, qui donne des clés de compréhension des rituels et coutumes, aux professionnels de la santé.

Depuis, les habitudes religieuses ou culturelles sont mieux connues, mieux prises en compte, les habitudes des patients sont évoquées et les pratiques adaptées. Certains hôpitaux par exemple « acceptent » que les toilettes des morts soient faites selon leurs rites, par les familles.

Dans le travail, un partenariat plus intense s'est développé pour répondre aux différentes situations rencontrées, en particulier avec les représentants des différentes religions.

Il s'agit donc de l'histoire d'une prise de conscience, double, de la famille et de l'équipe. Culpabilité, tristesse, traumatisme, d'un côté, de l'autre, blocage, « bonne conscience » liée à toute action de don, affect (dé)mesuré, illusions perdues d'univers paradoxalement protégé par la discrétion et la tolérance du personnel, alors que les patients vivent souvent des expériences humaines très violentes (personnes en rupture de tous liens familiaux, sociaux/prison)

Une histoire qui réintroduit avec violence « l'origine », la religion. Mieux les connaître, créer des espaces pour en parler (en comparant même les différentes pratiques). Mieux comprendre les façons de vivre et de penser des usagers, des malades, améliore la capacité de soin. Cet aspect a actuellement une réelle importance (elle se décline) pour la prise en charge des usagers d'Europe de l'Est : avoir le même langage (pas nécessairement la même langue), les mêmes références, mieux se comprendre pour mieux soigner.

Savoir (avoir davantage d'informations) et savoir mieux faire (dans du concret — il ne s'agit pas là de parler de Dieu — mais... comment manger, accueillir, quelle place des femmes, etc.) apporte aux soignants qui accueillent et aux usagers qui nous font confiance.

