

**Docteurs Dominique GILLES, Marie-Eve JANSSEN**  
et  
**Christian JACQUES**

Parentalité, grossesse et toxicomanie  
**Docteur Dominique GILLES, médecin généraliste**  
*Consultante au Centre ALFA*  
*Service parentalité et usage de drogues*  
*Consultante à l'ONE*

"Depuis la mise en place des programmes méthadone, les patientes qui consomment des drogues illicites ont un contact plus régulier avec le milieu médical, et les médecins sont fréquemment amenés à traiter des femmes enceintes usagères de drogues.

Si auparavant l'héroïne était le produit principalement consommé, depuis quelques années, on voit apparaître une polytoxicomanie (cannabis, alcool, tabac, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines).

Une information claire doit être donnée à ces patientes quant aux dangers des différents produits pour le fœtus.

Un accompagnement rapproché de ces futures mères est important afin de travailler leur sentiment d'angoisse et de culpabilité vis à vis de l'enfant à naître.

Un suivi pluridisciplinaire permet d'aborder globalement la situation et de travailler tant à un niveau médical que psychosocial, de façon coordonnée et complémentaire.

Si l'attention est souvent attirée par la prise en charge des futurs parents usagers de drogues, il existe à côté de cela toute une série de situations de parentalité pour lesquelles les intervenants peuvent être sollicités : des patients avec des enfants en bas âge, des patients dont les enfants sont placés, des situations de crise, pour lesquelles un travail en réseau est nécessaire."

Patients consommateurs, hépatites et HIV.  
**Docteur Marie-Eve JANSSEN**  
*Médecin généraliste au centre START-MASS*  
*(Maison d'accueil socio sanitaire)*

Présentation du profil de la patientèle fréquentant le centre START-MASS.

Résultats de l'étude de Santé Publique « Séroprévalence des hépatites B et C et du HIV chez les patients toxicomanes » réalisée au Start-MASS en 2005.

Consultation type de prévention-dépistage lors d'un premier contact.

Suivi d'un patient porteur d'une hépatite ou d'un HIV.

Difficultés et écueils rencontrés lors de la consultation.

**Docteur Christian JACQUES**

Médecin généraliste

Consultant au Centre ALFA à Liège

(Centre liégeois pionnier dans la prise en charges des usagers de drogues)

1. Merci de m'accueillir... de consacrer une soirée, un vendredi soir en plus, à se pencher sur l'accompagnement des usagers de drogues.

Ils sont nombreux et nous sommes souvent le premier voire le seul intervenant psycho médico-social à nous rendre dans les familles et à être confrontés à leur détresse.

Nous sommes ainsi les témoins d'une crise de société dont les toxicomanies ne constituent qu'un symptôme.

Ces problématiques de la désinsertion familiale, scolaire, professionnelle, sociale, l'absence de repères, l'absence d'intériorisation, l'absence de valeurs et de sens qui font partie du tableau, l'accès déficient aux soins, au logement, toutes ces dimensions sont les éléments d'une problématique globale dont la dimension médicale n'est que la pointe de l'iceberg.

2. Avant de tenir mon propos, j'ai envie de vous dire que j'ai quand même un peu le trac.

Je me dis : "comment vais-je être reçu ?"; "vais-je être compris ?"; "vais-je être bombardé de questions ?" questions qui me feront bien comprendre que je suis loin d'être convaincant... ou pire, vous m'écouteriez poliment -nous sommes entre gens bien élevés, n'est-ce pas...- et puis... ..et puis on passera à autre chose... !

3. Pour l'usager de drogues qui nous consulte la première fois, c'est également un moment difficile, il a aussi le trac, il a l'habitude de n'être "pas reçu", "pas cru", de n'être pas écouté, en un mot, il a l'habitude d'être jeté...

4. Pour nous aussi, ce n'est pas un moment facile, on l'a bien souvent repéré dans la salle d'attente -les autres patients aussi d'ailleurs- et ce n'est pas vraiment un cadeau...

5. La première rencontre est importante, voire décisive :

Se traiter, c'est tenter d'arrêter ou de contrôler un esclavage pour entrer dans une autre dépendance.

Une autre dépendance qui va s'installer dans la relation thérapeutique, dans le face à face entre ce toxicomane et nous, médecin.

6. Prenons quelques minutes à écouter vraiment cette personne en face de nous, cette personne-là.

Laissons de côté nos préjugés; souvent, des mots comme "drogues", "héroïne", "cocaïne", "délinquance" empêchent de penser.

Le toxicomane, aussi, bien souvent, ne pense plus. La chute dans une vie sous produits est survenue dans une situation où la construction d'une vie "qui en vaut la peine" paraît inaccessible, dans une tranche de vie où penser fait plus de mal que de bien, parfois dans une vie entière parsemée de blessures.

7. Au début, il nous imagine peut-être comme un simple prescripteur, un dealer légal.

Et c'est, pour nous, un piège : en effet, la culture médicale nous pousse à croire que nous pouvons, ET MEME que nous devons soulager par notre prescription les souffrances de nos patients.

Nous posons un diagnostic et nous prescrivons le traitement adéquat. Le toxicomane nous apporte le diagnostic et nous demande des produits, que nous avons maintenant à prescrire.

Et c'est ainsi que la toxicomanie devient parfois une maladie que nous soignons avec nos produits de substitution et notre arsenal de psychotropes.

8. Et pourtant, au dos de cette face biologique, se trouve gravée cette autre facette, cette facette inscrite dans la souffrance et le désir, désir de jouissance, ou seulement désir légitime de soulagement.

Le patient utilise son corps, souvent en le mettant à mal, dans une recherche de soulagement, dans une recherche d'un bref moment de soulagement.

Ne craignant pas de me répéter, je remets une couche : cette face cachée échappe, évidemment, au modèle médical biologique courant.

Les racines de la consommation de drogues s'inscrivent dans un échec, un non-sens, une voie sans issue de l'existence. Il va de soi que la sortie éventuelle de cette vie de toxicomane inscrite dans cette histoire personnelle pourra se faire dans un processus individuel de changement, de maturation, que nous avons à accompagner, à soutenir.

Nous sommes face à un sujet qui se présente à nous avec une demande de traitement pharmacologique MAIS où la problématique de fond est une souffrance existentielle.

L'accompagnement que nous allons lui proposer, c'est entrer progressivement dans un lien d'aide, de soutien, de reconstruction ou de construction.

Heureusement, nous ne sommes pas seuls, et nous aurons souvent à susciter un soutien pluridisciplinaire.

9. Dans le milieu de la drogue, des notions comme "le Vrai/le Faux", "le Bien/le Mal", le temps, le respect de Soi et de l'Autre, le respect de la Loi comptent peu ou pas, le quotidien est assujéti à la débrouille pour trouver le minimum vital, et avant tout, à la recherche de l'argent et des produits.

10. Dans les questions pratiques auxquelles nous sommes confrontés dès la première consultation, en vrac :

- quel(s) produit(s) allons-nous accepter de prescrire, quel dosage ?
- quelles seront les modalités de délivrance ?
- quelle sera la fréquence des consultations, les honoraires, le crédit ?
- comment gérer le patient en retard ?
- ...

donc, dans toutes ces questions pratiques, nous allons mettre de la règle, du sens.

Nous n'allons pas accepter le "n'importe quoi", nous n'allons pas accepter que le patient soit toujours pressé ou n'aie pas envie de parler, ou raconte que "tout va bien comme d'habitude" quand tout va mal... pendant que nous rédigeons l'ordonnance...

11. Evidemment, il n'embraye pas, pas du tout, il vient juste chercher son ordonnance... et nous laisse frustrés d'être ainsi instrumentalisés, réduits au cracheur d'ordonnances, alors que nous sommes pleins de bonne volonté...

12. Et bien, l'occasion de la rencontre, ça va être notre refus !  
Nous n'allons pas lui donner ce qu'il demande comme il le demande.  
A ce moment-là, vous allez voir, il se passe quelque chose !  
On lui propose un marché : nous avons l'ordonnance, l'accès au(x) produit(s). En échange, il accepte de parler.
13. On va lui proposer, lui demander d'avancer dans une parole vraie, inscrite dans le réel, inscrite dans une recherche de sens.  
Parler vrai, c'est accepter de suspendre un instant le passage à l'acte et d'être dans une rencontre avec l'A. Et ce moment de rencontre, de parole pleine de Soi est un puissant antidépresseur...  
La dépression, on pourrait dire c'est : "il n'y a pas de place pour moi dans le monde, dans l'Autre".  
Et ici, il y a quelqu'un qui fait attention à lui, qui l'écoute parler, qui n'accepte pas n'importe quoi !  
Ce que je viens de dire, c'est banal, terriblement banal, nous en voyons à la pelle, des usagers de drogues profondément déprimés, des toxicomanes qui dégagent une tristesse terrible !
14. Nous pouvons donc leur apprendre petit à petit à découvrir ou redécouvrir le plaisir de parler vrai, p. ex. en relevant un petit progrès :  
Dire "j'ai réussi à ne pas consommer cette semaine"  
plutôt que "il n'y a pas eu consommation",  
Parler d'un souci de santé et nous le montrer, p. ex. un abcès d'injection  
Avouer une rechute aussi, ça peut être un geste de confiance que ce toxicomane nous fait.  
Ces échanges sont loin des phrases-bateau entendues mille fois :  
"j'en ai marre de cette saloperie, je veux arrêter, avoir un logement, un boulot, une petite amie...".
15. Bien que cette jouissance de la rencontre avec le médecin, dans la parole soit peu de chose à côté de la jouissance du passage à l'acte -se droguer, mentir, voler, se battre, battre sa femme, que sais-je- elle est un puissant soutien, souvent très précoce dans la relation médecin-usager.  
Et quand la confiance s'installe, nous voyons nos patients sourire et nous dire merci en partant.
16. Revenons à nos premières consultations : nous avons un cadre de travail, qui va mettre des limites à toutes nos actions. Nous allons faire certaines choses, en refuser d'autres, refuser de faire n'importe quoi, comme souvent attendu par l'usager de drogues.  
le cadre va donc aider à régler le traitement et la relation thérapeutique par la parole, dans le réel.
17. Ce cadre va profiter aux deux protagonistes !  
Il va nous protéger des dérives et des abus du patient. Pour le médecin, ce besoin de protection est généralement évident, face aux réputées fréquentes manœuvres de transgression (mensonges, oublis, absences, retards assortis d'explications douteuses, non paiement, chantages sur eux-mêmes, manipulations voire menaces ...etc.).

18. Cette protection apportée par les règles est également nécessaire pour le patient. Il est entré dans les soins pressé par le manque, l'entourage voire le risque de retourner en prison... Il est donc rarement entièrement libre et capable de négocier le cadre. Il n'est donc pas à l'abri des abus du soignant, et ils sont fréquents :
- en effet, il est difficile d'accepter d'accompagner un patient qui souvent, ne montre aucune envie, aucune tendance à guérir, à évoluer dans le sens que nous souhaitons en réponse à nos initiatives thérapeutiques.
- Qui, souvent, n'a aucune envie de parler, de discuter.
- Qui, toujours pressé, vient chercher l'objet, la prescription, sans la parole, sans l'Autre.
19. Les pressions sont fréquentes, voire les abus de pouvoir :
- "tu dois accepter de te soumettre aux tests urinaires"
- "Je vais faire tout mon possible pour t'aider, mais...il ne faut pas que tu me déçoives",
- "je commence à en avoir marre, c'est ta dernière chance"
- "tu dois aller à l'officine entre 15h et 15h30..."
20. Soyons clairs, le patient n'appartient pas au soignant, même si celui-ci désire exercer son pouvoir sur lui. Le patient a le droit d'aller mal, voire désirer de mourir.
21. Les points de désaccord et de marchandage ne vont pas manquer. Cette confrontation entre l'usager de drogues et le soignant va permettre à la relation thérapeutique d'exister; espace comme un tapis de judo ou un ring de catch, où l'usager de drogues se confronte au soignant, soignant qui outre sa bienveillance, incarne aussi la règle, incarne aussi la loi.
22. Cet espace de confrontation va permettre un regard sur les autres et sur la Loi, et aussi sur soi-même et sur l'autre, l'autre juste en face, qui regarde et qui parle.
23. Cette rencontre implique du **soutien** ET du **refus**.
- Sans refus, il n'y a pas rencontre, il n'y a que la répétition.
- Le plaisir, la jouissance ne demande qu'à se répéter à l'identique.
- Dans cette répétition, nous devons essayer de greffer l'Autre, nous d'abord.
- Pour faire très simple : "Je vous enmerde, mais c'est pour votre bien..."
24. Ce cadre va donc être dit et redit face à l'usager de drogues. C'est un cadre actif, agissant. Il est là pour être contesté et transgressé. Et le meilleur exemple, c'est de montrer en faisant. Il est donc essentiel que les positions que nous adoptons dans les tribulations de la relation adhèrent au cadre. Sinon, nous perdrons probablement une grande partie de notre cohérence.
25. Un exemple : l'abstinence : obligation du médecin ou choix du patient ?
- "une vie de camé sans la came, c'est encore pire..."
- l'abstinence n'est pas une fin en soi, la viser n'a de sens que dans une recherche personnelle, un cheminement au long cours.
- Elle ne peut être désirée que si elle prend un sens dans les capacités et l'histoire du patient. La motivation doit être chez le patient, et les soignants ne peuvent imposer leur propre désir, leur propre cadre de référence. Nous ne pouvons qu'accompagner le patient dans la recherche de SA direction de vie. La pression

du médecin perturbe le cheminement vers l'abstinence.

26. Certains intervenants attendent que l'utilisateur de drogues se soumette et respecte scrupuleusement le cadre. Ces médecins réagissent à une transgression par une sanction, une rupture ou une menace de rupture.

Rappelons-nous notre propre cheminement adolescent, chemin qui va de la dépendance et la soumission vers l'autonomie. Chemin chaotique où il nous est arrivé d'être révolté, exalté, paumé, euphorique, désespéré... etc...

Une rigidité excessive du soignant, qui exige une soumission scrupuleuse au cadre imposé, empêche l'utilisateur de drogues de faire ce cheminement vers l'autonomie.