

# **Projet TADAM**

## **RAPPORT FINAL**

### **Section III – RÉSULTATS**

#### **Chapitre K.**

# **L'expérience des soignants dans le centre DAM**

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>2. MÉTHODE.....</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Recueil de données .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2. Analyses des données .....</b>	<b>5</b>
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. L'impact du travail sur les infirmiers et les aides-soignants.....</b>	<b>7</b>
➤ Le produit, la délivrance du traitement et la surveillance .....	8
➤ Les patients.....	11
➤ L'accompagnement des patients et le travail de référent .....	14
➤ Le travail en général .....	18
➤ L'infrastructure.....	21
➤ L'équipe, sa gestion et ses effectifs.....	22
➤ Les conditions liées à l'aspect pilote du projet .....	24
<b>3.2. L'impact du travail sur les médecins .....</b>	<b>25</b>
➤ Les patients.....	25
➤ Le travail en général .....	26
➤ La prescription de diacétylmorphine.....	28
➤ Les conditions du projet .....	29
➤ L'équipe .....	29
➤ L'infrastructure et les règles de sécurité .....	30
<b>4. DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
<b>4.1. Les infirmiers et les aides-soignants .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2. Les médecins .....</b>	<b>34</b>
<b>4.3. L'utilisation du mot traitement dans les interviews.....</b>	<b>35</b>
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>

## Section III. Résultats

### Chapitre K. L'expérience des soignants dans le centre DAM

#### 1. Introduction

Au cours du projet, l'équipe de recherche a interrogé l'équipe soignante du centre DAM afin de recueillir son avis sur les éléments à modifier et à conserver dans le centre de traitement. Ces interviews avaient pour but d'établir des recommandations pour l'éventuelle (ré)ouverture d'un centre de traitement assisté par diacétylmorphine en Belgique (voir le chapitre Recommandations). Cependant, au fil de ces entretiens, l'équipe de recherche a remarqué que les membres du personnel n'abordaient pas seulement les aspects pratiques de leur travail mais également la manière dont ils le vivaient et le ressentaient. L'équipe de recherche a décidé d'exploiter ces données spécifiquement pour tenter d'appréhender le ressenti des soignants dans le contexte du traitement assisté par diacétylmorphine. Les interviews réalisées auprès des infirmiers, aides-soignants et médecins du centre DAM ont ainsi été ré-analysées sous cet angle.

Ce document reprend le résultat de cette analyse. Après la description de la méthode utilisée, les résultats détaillent l'expérience de deux groupes de soignants : les infirmiers et aides-soignants d'une part et les médecins d'autre part.

Nous espérons que leur expérience pourra aider les futurs gestionnaires d'un centre de traitement par diacétylmorphine à être attentif aux difficultés rencontrées par les soignants dans leur travail.

## 2. Méthode

### 2.1. Recueil de données

Nous n'avons repris dans ce chapitre que les interviews des médecins, infirmiers et aides-soignants, car nous nous sommes limitées à analyser le ressenti des soignants directement en contact avec les patients dans le cadre du traitement par diacétylmorphine.

L'équipe de recherche a décidé d'interroger les 18 soignants ayant été en contact avec les patients dans le contexte du traitement assisté par diacétylmorphine, y compris les 5 personnes qui ne travaillaient plus dans les centres au moment des entretiens. Seule une personne qui ne travaillait plus dans le centre DAM a refusé la sollicitation. Toutes les autres se sont prêtées à l'exercice. Ces personnes ont été interrogées sur une période de 6 mois entre le 25/10/2011 et le 18/04/2012. Les quatre chercheuses de l'équipe de recherche ont ainsi interrogé 17 membres du personnel médical et infirmier : 4 médecins, 11 infirmiers et 2 aides-soignants. Ces 17 personnes comprenaient 4 personnes qui n'étaient plus en fonction dans le centre au moment de l'interview<sup>1</sup>. Les interviews s'étant arrêtées au 18/04/2012, les personnes engagées après cette date n'ont pas été contactées.

Les interviews étaient menées dans un bureau du centre TADAM pour les personnes qui étaient toujours en fonction et, pour les autres, au domicile de l'interviewé ou de l'interviewer ou encore à la polyclinique Lucien Brull dans les locaux de l'équipe de recherche. Chaque entretien était enregistré et a été retranscrit *in verbatim*, à l'exception d'un enregistrement partiellement effacé par accident. Cette dernière retranscription a été complétée par des notes prises par la chercheuse au moment de l'entretien.

Le temps de parole n'était pas limité, le but étant de laisser s'exprimer les intervenants sur les points positifs et négatifs du traitement par diacétylmorphine dans le centre DAM. Ces entretiens ont duré 59 minutes en moyenne (entre 15 et 110 minutes). Lorsque la personne éprouvait des difficultés à formuler ses remarques, nous lui proposons de faire mentalement le chemin qu'empruntaient les patients dans le centre et de passer par toutes les étapes de la prise du traitement. Cette méthode permettait d'obtenir des réflexions sur des points précis du

---

<sup>1</sup> L'équipe a en effet dû faire face à un turn-over important : sur une équipe de 9 infirmiers et aides-soignants, 5 personnes sont parties en 2011 au cours de la première année du fonctionnement du centre.

fonctionnement du centre DAM. Celles-ci étaient nécessaires pour nous permettre de développer des recommandations étayées par l'expérience concrète du personnel du centre (voir le chapitre Recommandations).

Comme les entretiens n'étaient pas réalisés dans le but d'évaluer l'impact du travail sur les soignants ni leur satisfaction au travail, les questions n'ont pas été orientées dans ce sens. Il est probable que les difficultés et les aspects positifs du travail dans le centre n'aient pas été évoqués de manière exhaustive. Mais leur discours à ce propos était spontané.

L'anonymat des personnes interrogées a été assuré par un code attribué à chaque intervenant lors de la transcription de l'interview. Dans l'analyse ci-dessous, aucune donnée personnelle n'a été utilisée, ni aucune parole qui permette de reconnaître avec certitude un intervenant. Pour la même raison, nous n'avons pas indiqué quel intervenant était aide-soignant, infirmier ou infirmier-chef. De même, le bref descriptif des soignants interrogés a été anonymisé et il n'y a pas de lien possible avec les extraits des interviews et les dénominations "Intervenant 01, 02, 03" indiquées sous ces extraits.

## 2.2. Analyses des données

Chaque entretien a été analysé avec le logiciel Nvivo 9. Dans cette analyse, nous avons distingué les interviews des infirmiers et aides-soignants de celles des médecins.

Lors de cette analyse, nous gardions la question suivante à l'esprit : « Quels sont les éléments explicitement rapportés par le personnel indiquant la façon dont celui-ci vivait et percevait son travail ? ». Il ne s'agissait donc pas d'extrapoler mais de relever et décrire les impressions et opinions des intervenants.

La première étape de l'analyse consistait à coder les interviews à l'aide des nœuds suivants : « Impacts positifs du travail », « Impacts négatifs du travail », « Motivations à postuler pour le projet » et « Raisons de quitter le projet ». Ensuite, nous avons réalisé une matrice à condensé reliant les personnes interviewées aux nœuds. Chaque cellule de la matrice permettait de voir ce qu'une personne disait pour un nœud en particulier. De ces cellules, nous avons extrait et listé les éléments évoqués par le personnel. Nous les avons ensuite classés dans des catégories plus précises. Finalement, nous avons relu l'ensemble des interviews pour nous assurer de la pertinence du codage et de la catégorisation.

### 3. Résultats

Le tableau suivant reprend un bref descriptif des aides-soignants, infirmiers et médecins interrogés. Le tableau est trié alphabétiquement et par âge. Cet ordre ne correspond pas aux codes attribués aux intervenants dans la suite des résultats.

Diplôme	Sexe	Age	Expérience professionnelle dans le domaine des assuétudes <sup>a</sup>	
<b>Aides-soignants</b>				
Aide-soignant	Femme	23	Non	-
Aide-soignant	Femme	28	Non	-
<b>Infirmiers</b>				
Infirmier breveté	Femme	37	Non	Mais a travaillé dans un service hospitalier qui accueillait régulièrement des personnes dépendantes ainsi que dans un centre d'accueil socio-sanitaire
Infirmier breveté	Femme	41	Non	-
Infirmier breveté psychiatrique	Homme	28	Non	Mais a travaillé dans un service de psychiatrie
Infirmier breveté psychiatrique	Femme	47	Non	Mais a travaillé 23 ans dans un service de psychiatrie adulte où a eu des contacts avec des personnes dépendantes
Infirmier gradué	Femme	23	Non	-
Infirmier gradué	Femme	25	Non	Non
Infirmier gradué	Femme	44	Non	Non
Infirmier gradué	Femme	51	Non	Mais a travaillé 6 mois dans un service psychiatrique qui accueillait des personnes dépendant aux drogues et à l'alcool
Infirmier gradué psychiatrique	Homme	37	Non	Mais a travaillé 4 ans dans un service de psychiatrie
Infirmier gradué psychiatrique	Femme	41	Oui	Dans une institution à bas seuil pour personnes dépendantes de drogues illégales et dans divers services de psychiatrie
Infirmier gradué psychiatrique	Femme	54	Non	Mais a travaillé en Défense sociale
<b>Médecins</b>				
Médecin généraliste	Femme	50	Non	Mais a travaillé en cabinet privé avec des personnes alcooliques
Médecin généraliste	Femme	58	Non	Non
Médecin généraliste	Homme	60	Oui	Majeure partie de son expérience avec des personnes dépendantes et dans des services psychiatriques
Médecin psychiatre	Homme	61	Oui	30 ans de spécialisation en assuétudes

<sup>a</sup> Où le travail était principalement axé sur les assuétudes et/ou exercé dans des structures spécialisées dans les assuétudes. Les stages n'étaient pas pris en compte.

Dans nos résultats, nous présentons d'abord les données récoltées lors des entretiens avec les infirmiers et les aides-soignants et, ensuite, celles issues des rencontres avec les médecins.

### 3.1. L'impact du travail sur les infirmiers et les aides-soignants

Treize infirmiers et aides-soignants ont été interrogés. Nous avons rassemblé le contenu des interviews selon 7 thèmes dans lesquels nous avons développé les aspects positifs et/ou négatifs évoqués par le personnel (Figure 1). Ces thèmes ont été déterminés en fonction du type et de la fréquence des propos rapportés. Les résultats ont été illustrés par du verbatim issu des retranscriptions des interviews. Le vocabulaire était donc celui des intervenants.

Dans les résultats ci-dessous, les soignants étaient nommés par un code allant de « Intervenant 01 » à « Intervenant 13 », attribué au hasard, indépendamment de la formation professionnelle de l'interviewé. Lorsque nous parlons d'équipe infirmière, nous comprenons également les aides-soignants.

L'ordre de présentation des thèmes a été déterminé par le nombre décroissant d'intervenants les ayant abordés.

**Figure 1 : Le contenu des interviews a été regroupé selon 7 thèmes.**

	Nb d'intervenants	% d'intervenants
<b>1. Le produit, la délivrance du traitement et la surveillance - nb. (%)</b>	<b>12</b>	<b>(92%)</b>
Aspects positifs	0	(0%)
Aspects négatifs	12	(92%)
<b>2. Les patients - nb. (%)</b>	<b>10</b>	<b>(77%)</b>
Aspects positifs	4	(31%)
Aspects négatifs	9	(69%)
<b>3. L'accompagnement des patients et le travail de référent - nb. (%)</b>	<b>9</b>	<b>(69%)</b>
Aspects positifs	2	(15%)
Aspects négatifs	7	(54%)
<b>4. Le travail en général - nb. (%)</b>	<b>8</b>	<b>(62%)</b>
Aspects positifs	2	(15%)
Aspects négatifs	7	(54%)
<b>5. L'infrastructure, les conditions de travail et l'environnement - nb. (%)</b>	<b>7</b>	<b>(54%)</b>
Aspects positifs	1	(8%)
Aspects négatifs	7	(54%)
<b>6. L'équipe, sa gestion et ses effectifs - nb. (%)</b>	<b>7</b>	<b>(54%)</b>
Aspects positifs	6	(46%)
Aspects négatifs	3	(23%)
<b>7. Les conditions du projet - nb. (%)</b>	<b>4</b>	<b>(31%)</b>
Aspects positifs	0	(0%)
Aspects négatifs	4	(31%)

## ➤ Le produit, la délivrance du traitement et la surveillance

12 intervenants évoquaient la diacétylmorphine<sup>2</sup>, sa délivrance ou la surveillance de l'auto-administration de diacétylmorphine par les patients. Pour ces 12 intervenants, les aspects liés à ces thèmes étaient toujours évoqués de manière négative.

Parmi ces aspects négatifs, nous retrouvions :

- Le stress et la pression liés à la diacétylmorphine, à sa préparation et à la surveillance en générale (n=6).

*« Donc, c'est cette crainte-là, de ne pas perdre un sachet. Oui, d'égarer un sachet parce que c'est déjà arrivé une fois et c'est très grave, je vais dire. Parce qu'on peut même être suspecté de vol ! Donc, c'est ça, c'est ça le problème... » - Intervenant 01*

*« On a quand même un stress parce qu'on ne doit pas se tromper, tout doit être très rigoureux, voilà. [...] Mais je trouve qu'on nous met beaucoup la pression à ce niveau-là et je la ressens de plus en plus. Qu'au début, moi, je suis quelqu'un... Ben voilà, j'ai quand même une certaine expérience dans mon métier ! Donc je suis arrivée assez cool et je trouvais pas ça très compliqué. Et c'est pas très compliqué ! Mais je pense qu'il y a toute une émulation autour de ça et on est vraiment un peu... Ben voilà, on est tout le temps à bien préciser qu'on ne peut pas se tromper, etc. Bon... On doit tout justifier, et tout ça est normal, mais je trouve que... Moi je sens une pression assez importante à ce niveau-là, voilà... [...] Parce qu'il m'est arrivé la semaine dernière de perdre un sachet... C'est... traumatisant ! C'est traumatisant ! [...] ! J'ai eu comme une absence à un moment donné, je me suis dit : 'Mais où suis-je ? Dans quel film ?' Là, j'ai paniqué ! J'ai commencé à paniquer quoi. Et donc après quand on a retrouvé le sachet, je me suis effondrée, hein ! Emotionnellement : PFOUF ! C'est dur quoi... » - Intervenant 02*

- L'horaire des plages d'administration de diacétylmorphine, le timing alloué aux patients pour l'inhalation de diacétylmorphine et le travail « ingrat » du personnel qui consistait à rappeler ce temps aux patients (n=5).

<sup>2</sup> Les soignants parlaient plutôt de "traitement" que de diacétylmorphine.



*« Le temps, le temps, le temps ! C'est usant et pour eux, et pour nous. Pour eux aussi parce qu'ils ne l'entendent pas que pour eux, ils l'entendent pour tous les autres. Donc je peux comprendre que ça soit usant et fatiguant de prendre un traitement dans ces conditions-là, des fois. » - Intervenant 09*

*« C'était le même timing pour tout le monde malgré qu'une personne avait 100 et l'autre 150 ou 200 : c'était la même chose ! Pour moi, je trouve que c'est pas du tout juste et puis bon, ben voilà quoi... Je trouve que c'était un peu inhumain : allez, 20 minutes, 10 minutes ! Voilà, moi, je n'ai vraiment pas apprécié ce... » - Intervenant 03*

[En évoquant le fait que certains membres du personnel n'étaient pas assez regardant sur l'heure d'ouverture des plages] *« Il faut pas ! Je pense que c'est un travail humain, social ! 'fin, je veux dire... Il doit y avoir des règles, je n'en disconviens pas hein, mais on reste quand même dans l'humain, quoi. Moi, ça me posait vraiment un problème, je n'aurais pas su travailler comme ça ! » - Intervenant 03*

- L'assimilation du rôle de surveillant à celui d'un gardien de prison, la fatigue physique et psychologique que ce travail entraînait ou encore la comparaison des patients à des animaux en cage.

*« Ils sont les uns sur les autres. Ce n'est pas agréable, ni pour eux, ni pour nous non plus parce qu'on doit quand même essayer de surveiller un minimum. » - Intervenant 09*

*« Et physiquement et psychologiquement, c'est très dur. Il y a des demandes de toutes parts qui fusent et c'est à ce moment-là qu'il va arriver un couac au niveau d'un vol ou d'un détournement, ce qui est quand même quelque chose de grave. Et au niveau... C'est une fatigue, ça contribue beaucoup à la fatigue psychologique et physique. Enfin, physique... oui et non. En tout cas psychologique parce que c'est une concentration maximale pendant une heure, une heure et demie. » - Intervenant 06*

*« La façon de surveiller, on avait vraiment l'impression d'être dans un aquarium et que c'était des petits poissons, des animaux qu'on regardait, qui étaient en cage et qu'il fallait surveiller. Enfin moi, ça ne me plaisait pas du tout. » - Intervenant 13*

- La routine du travail de surveillant et le rôle à « double casquette » du personnel (n=1).

*« On doit faire des remarques aux patients régulièrement parce que ce sont des gens qui, évidemment, ont des soucis avec des limites et donc ils nous mettent à l'épreuve à ce niveau-là tout le temps. [...] Et puis l'autre, c'est : 'Je vous comprends. On est en empathie. Confiez-vous à moi parce que vous pouvez être en confiance et on est là pour vous aider'. Et d'un côté, eux, ils ne le comprennent pas comme étant... Nos interventions, ils ne le comprennent pas comme si c'était de l'aide. Ils sont sur la défensive et encore tantôt quoi : 'On est des cobayes !' [...] Parce que je sens qu'ils sont fort en demande. Ils sont très étonnés quand on leur pose certaines questions et quand on se tracasse et qu'on prend un rendez-vous pour eux, etc. Je ne sais pas comment ils nous voient mais j'ai l'impression que c'est assez limitatif. Que c'est assez... J'ai l'impression qu'ils nous voient avec notre casquette de flic, beaucoup, beaucoup ! Plus que le reste, oui. »*  
- Intervenant 02

- La place accordée à la diacétylmorphine au détriment de ce qui aurait pu être mobilisé avec les patients (n=1).

*« Quand j'étais au poste de distribution, on faisait ça. On essayait toujours d'être à deux pour vérifier. Comme ça, on se disait... Mais enfin c'était un peu... Phobique, hein ! C'était pas trop perturbant pour moi mais c'était énervant parce que ça prenait trop de temps dans l'esprit par rapport aux chouettes tâches qu'on aurait pu faire avec les patients. Donc voilà ! Distribution du traitement... Emmurés là... »* - Intervenant 05

- La crainte liée à la toxicité de la diacétylmorphine et à la nécessité d'être proche des cabines pour surveiller les patients<sup>3</sup> (n=1).
- L'ennui du travail derrière le comptoir de distribution de diacétylmorphine une fois que les patients étaient venus chercher leur matériel d'inhalation (n=1).

*« A la fin, on s'ennuyait un petit peu derrière le comptoir parce qu'une fois que les patients étaient venus, ben voilà quoi. »* - Intervenant 13

<sup>3</sup> Absence de verbatim en raison de la perte d'une partie de l'enregistrement.

## ➤ Les patients

10 intervenants parlaient des patients et de la relation qu'ils entretenaient avec eux. Les relations avec les patients ont également été abordées plus loin dans le thème du travail de référent.

Parmi les aspects positifs évoqués par 4 personnes en lien avec ce thème, nous retrouvions :

- L'amélioration des connaissances sur les personnes dépendantes de l'héroïne (n=2).

*« Pour moi, ce que ça m'apporte, au début, une démystification de la problématique toxicomane [...] Une meilleure connaissance de la personnalité toxicomane à tous les points de vue : social, économique, psychologique, familial... Tout ce qui fait qu'une personne, un mari, va être toxicomane. Ce n'est pas simplement un choix de vie ou un vaurien ou un fainéant qui a choisi ça. On découvre vraiment tout le vécu de la personne, les aléas de la vie, tout ça mélangé qui font qu'il en est arrivé à ça. J'ai appris ça, donc au début. » - Intervenant 07*

*« Alors, ce que je trouve chouette, c'est le fait d'apprendre à connaître les toxicomanes et la toxicomanie, un domaine que je ne connaissais pas beaucoup, personnellement. » - Intervenant 10*

- Le comportement général des patients alors qu'à la base, ils n'étaient pas « des enfants de chœurs » (n=1).

*« Mais sinon, dans l'ensemble, leur comportement, je dois dire, c'est pas des enfants de chœur, hein ! Quand on voit certains ce qu'ils ont déjà fait... Et puis leur comportement ici, franchement, je suis bien contente, quoi. Je suis bien contente, à part quelques couacs des fois mais... Franchement, dans l'ensemble, on n'a pas à se plaindre ! » – Intervenant 01*

- L'importance d'accorder de l'intérêt au patient car cela permettait de créer une relation (n=1).

*« S'ils ne viennent pas à une plage ou quoi, on essaie quand même de leur téléphoner. Donc ils voient bien qu'on s'intéresse quand même à eux, alors qu'il y a beaucoup de monde qui ne s'intéresse plus à eux, justement. Donc ça, je pense que, pour eux, c'est important et pour*

*nous aussi quoi : on est dans la relation avec le patient. » -  
Intervenant 01*

- L'importance du contact avec les patients dans le travail quotidien (n=1).

*« Et quand j'arrive ici et que je rentre en contact avec eux, tout mon ennui, tout le... Enfin, ça, c'est personnel évidemment. Ils sont dans un sens très attachants. On s'attache, en restant professionnel évidemment. Mais le contact que j'ai personnellement avec les patients est quelque chose qui, moi, me permet de continuer ici, à venir ici. » - Intervenant 06*

En rapport avec ce thème, 8 personnes rapportaient des éléments négatifs, tels que :

- La difficulté à gérer les patients (n=3).

*« Ben c'est des patients pas faciles à gérer ! Moi, j'ai une carrière en psychiatrie : ici, c'est du concentré, hein ! Ils seraient là toute la journée, je ne sais pas si je pourrais travailler ici ! Franchement. » -  
Intervenant 02*

*« Ils viennent tous, style un peu troupeau face à l'éthylo [éthylotest] et des choses comme ça. Et ça, c'est désagréable. C'est super désagréable parce qu'on en sait plus quoi, on ne sait plus qui commence. » - Intervenant 11*

*« Mais c'est pas toujours évident de jouer au gendarme devant des personnes parfois qui ont leur caractère aussi. Donc, c'est pas toujours évident. » - Intervenant 10*

- La difficulté d'établir un lien de confiance entre les patients et le personnel, aussi bien d'un côté que de l'autre (n=2).

*« Je pense que le fait d'avoir des entretiens beaucoup plus réguliers ferait que je connais mieux ce qu'ils vivent et que peut-être qu'il y aurait une plus grande confiance. Moi, je les sens pas complètement en confiance, ah non ! [En parlant de certains patients qui refusent d'avoir des entretiens avec elle] Mais ça, c'est pas grave évidemment, hein. Moi, du moment qu'ils voient quelqu'un finalement... Moi, je*

*trouve que dans les entretiens, je les sens pas en confiance, je les sens pas qu'ils se livrent ou qu'ils peuvent... Non... » - Intervenant 04*

*« Je pense que ce qui est dommage, c'est qu'on ne peut jamais faire confiance aux patients... Et ça, franchement, c'est quelque chose qui, des fois, me tombe dur quand même. Parce que, des fois, je me dis : 'Est-ce qu'il me dit la vérité ou pas ?' Et je pense que sur des mensonges, on n'arrive pas à avancer parce que je me dis : 'Il me ment.' Donc, s'il me ment, on ne sait pas avancer positivement pour moi. On ne sait pas mettre des choses en place et avancer sur un mensonge. » - Intervenant 01*

*« Maintenant, je suis un peu déçue parce que tout le monde ne cherche pas le contact, dans les patients. Et il y en a certains avec qui j'aimerais pouvoir gratter mais qui sont assez distants peut-être ou qui ne vont pas spécialement parler facilement de leur passé ou de la façon dont ils vivent le moment présent, de comment ils s'en sortent avec leur traitement, la famille, financièrement, au niveau santé, etc. » - Intervenant 04*

- Les attentes des patients et le manque de respect de la part de certains (n=1).

*« Je trouve qu'ils ont une attente énorme, comme si on était des magiciens et qu'on allait tout régler, leur situation financière, etc. Et tout leur est dû. Et ça fait partie de leur fonctionnement. Donc ils sont pas contents quand on répond pas. Voilà... Donc ils sont fâchés. Ils sont fâchés. Et nous, ben, voilà, c'est nous qui récupérons... » - Intervenant 02*

*« Je trouve qu'ils manquent de respect quoi, assez fort je trouve, avec le personnel. Certains, hein ! Parce que certains sont tout l'inverse : ils sont dans un respect absolu. Mais avec les jeunes [soignants] par exemple. Y'a plus de jeunes qui sont arrivés : ils profitent... Et les jeunes, je ne les sens pas armés pour reprendre tout ça. » - Intervenant 02*

- La déception du personnel face aux patients ayant des comportements reflétant des valeurs différentes (n=1).

*« Je me suis rendue compte que leurs limites n'étaient pas les miennes, leurs valeurs n'étaient pas les miennes nécessairement. Et que, donc, il fallait que je sois un petit peu plus... Ben, j'ai été un petit... par moment déçue [...] Mais d'un autre côté, ça me permettait aussi de remettre un peu mes valeurs... et me rendre compte que mes valeurs n'étaient pas les leurs et qu'avec le vécu qu'ils avaient eu forcément, ils n'étaient pas dans la même réflexion que moi, voilà. » - Intervenant 12*

- Un sentiment d'insécurité lié au sentiment qu'il est impossible de se défendre en cas de violence de la part d'un patient<sup>4</sup> (n=1).
- Le discours plaintif et fatiguant de certains patients (n=1).

*« J'ai plus d'argent, je m'ennuie chez moi tout seul, j'en ai marre de venir ici trois fois par jour'. A ce moment-là, on va dans la plainte. C'est fatiguant pour eux parce qu'ils ne pensent qu'à ça et ils sont déjà dans le fond. Mais s'ils commencent à creuser à ce moment-là... Et nous [...] c'est quelque chose qui, je pense, est très difficile à vivre. Parce que, à entendre constamment des gens se plaindre, c'est... ça devient limite... enfin, ça devient aliénant presque. » - Intervenant 06*

*« Tout ce qui est contact avec le patient est quelque chose qui pour moi. Il y a des jours où je me dis : 'Pff, je n'ai pas envie d'y aller, je vais encore me trouver à la surveillance'. Et, excuse-moi du terme mais : 'Je vais m'emmerder à surveiller alors que je pourrais avoir un contact complètement différent avec eux'. » - Intervenant 06*

### ➤ L'accompagnement des patients et le travail de référent

9 personnes parlaient de leur travail en tant que référents et accompagnants des patients.

Dans les propos positifs de 2 intervenants, nous retrouvions :

<sup>4</sup> Absence de verbatim en raison de la perte d'une partie de l'enregistrement.

- L'avantage d'être deux référents par patient. Cela amenait des points de vue différents et permettait de diversifier la réflexion (n=1).

*« Maintenant, pour les référents, je trouve que ça fonctionne bien le fait qu'il y ait deux référents. Donc ça permet, s'il n'y a pas qu'un seul référent, que on a chacun une vision différente des choses et quand on se voit avec notre collègue, ça nous permet de penser à d'autres trucs auxquels on n'a pas pensé tout seul. » - Intervenant 09*

- L'enthousiasme que procurait particulièrement ce travail (n=1).

*« Mais voilà, ce rôle de référent, c'est ce que je préfère [...] J'adore ! J'adorais ! Pour ça, franchement, je veux même bien faire du bénévolat. Franchement ! Je veux bien consacrer une journée ou quoi rien que pour aider. » – Intervenant 03*

7 intervenants trouvaient des aspects négatifs à ces rôles, notamment :

- Le manque de possibilités d'accompagnement et d'ouverture du travail infirmier, la frustration de ne pas faire un travail social complet, l'absence de continuité entre le personnel soignant et les centres partenaires ou encore l'absence de liaison à la sortie du patient (n=4).

*« Parce qu'au départ, je vais dire, au départ, on était un peu vu comme des distributeurs de DAM. C'est comme ça que nous, on ressentait beaucoup les choses et on se disait : 'Si c'est pour donner un traitement, juste donner un traitement et puis le patient s'en va.' C'est un peu frustrant pour nous, infirmiers. Et donc, on a quand même travaillé toute une dimension sociale avec le patient, on a quand même instauré un lien. [...] Mais à certains moments, le suivi psychosocial n'est pas assuré chez nous et, donc, il faut pouvoir passer la main. Et ça, je trouve que c'est important de pouvoir travailler sur la communication avec les centres partenaires et de pouvoir vraiment avoir une bonne collaboration et une bonne structure au niveau du patient [...] Parce que l'on est frustré parce que l'on n'arrive pas à faire notre travail social de A jusqu'à Z. Au niveau de la prise en charge vraiment tu vois, on est, en tant qu'infirmière psychiatrique, on travaille sur les objectifs à court terme, à long terme, sur qu'est-ce que le patient met en place, qu'est-ce qu'on peut travailler, quels sont les points faibles du patient, quels*

*sont les points forts, qu'est-ce qu'on peut articuler comme structure autour du patient. » - Intervenant 08*

*« Et alors, une grosse frustration aussi pour moi, c'est qu'on était effectivement infirmier référent [...] mais ce que j'ai envie de dire, le problème c'était qu'en fait, cet entretien de référent, de nouveau, il était calé, quelque part. Parce qu'en fait, ce n'était pas nous qui avons eu le contact avec les centres partenaires et donc, avec les référents, c'était l'assistante sociale. [...] Je pense qu'il aurait fallu une continuité. Une continuité entre nous, un questionnement et une continuité possible avec les centres partenaires, que ce soit avant l'entrée du patient et pendant et ici, à la fin du traitement. Après ou en tout cas, préparer cette sortie. [...] Moi, je l'ai relu [le protocole] parce que je l'ai analysé à un moment donné et en fait, ils disent vraiment que l'infirmier, dès qu'il y a un souci avec le patient, il doit se référer au centre partenaire. A la limite, il la clape et il n'a rien à décider : c'est le centre partenaire qui décide tout ! Donc quand tu relis ce truc là, ben tu te dis : 'Ben oui, je comprends pourquoi on recadrerait comme ça et qu'à la limite, on n'avait aucune possibilité d'ouverture !' Ça, je trouve ça un peu... Il faut vraiment ouvrir le champ possible du travail infirmier parce que je crois qu'ils ont beaucoup à y faire. » - Intervenant 05*

*« Ben mince quoi ! On n'est pas là que pour donner des traitements ! Un patient qui va pas bien ou qui est inquiet ou qui a des choses qui nous inquiètent, ben voilà, on s'en fout pas quoi... » - Intervenant 02*

- L'absence de connaissances spécifiques au travail social (n=1).

*« Pour l'instant, c'est nous qui le faisons [traiter les urgences sociales] mais on n'a pas les connaissances, on n'a pas les pré-requis pour faire ça. On s'informe, on avance avec eux aussi à niveau-là mais on n'a pas le même cursus qu'un assistant [...] je peux vous dire que c'est quelque chose qui est très, très spécifique, notamment au niveau légal, notamment au niveau suivi de dossier, au niveau administratif. C'est quelque chose qui est très, très spécifique et qui est difficile pour nous infirmier de faire. » - Intervenant 06*



- Le stress engendré par les sujets délicats à aborder avec le patient (n=1).

*« Oui parce que je ne sais pas comment je vais engager la conversation et... et venir à certains sujets. Parce que je vais dire, j'ai quand même pas mal d'affinités avec la personne et je vais devoir parler de certains sujets qui sont un peu plus délicats... » - Intervenant 10*

- La difficulté de tenir une distance adéquate vis-à-vis des patients (n=1).

*« On les voyait pour certains matin, midi, soir et c'était beaucoup. Donc il y a une relation qui se crée, il n'y a rien à faire. C'est vrai que parfois, la distance qu'on mettait était difficile, par exemple, on les appelait 'Monsieur' ou 'Madame' et leur nom de famille. Et c'est vrai que parfois on avait envie de l'appeler, de les appeler par leur prénom même en les vouvoyant. Et ils nous le demandaient et on ne le faisait pas. Mais c'est vrai que c'était parfois dur de garder une distance parce qu'on les voyait souvent, souvent, souvent. Et c'est vrai qu'au final, on s'attache à ces personnes-là. Donc au final, moi, je suis partie il y a bien longtemps, enfin, il y a quelques mois. Et quand le projet s'est terminé pour certaines personnes, ben j'y ai quand même pensé, j'ai vraiment pensé fort à eux. Il n'y a rien à faire, il y a un lien qui s'installe. » - Intervenant 13*

- La revue à la baisse des ambitions et des objectifs (n=1).

*« Et c'est là où dans mon travail de référent, où au début quand on vient dans un projet comme ici, on est plein d'enthousiasme, on est vraiment... On veut faire des grands projets avec eux parce qu'on ne les connaît pas. Et puis au fur et à mesure, plus le temps passe et on voit qu'il y a quelque chose qui bloque, que ça n'avance pas, on se rend compte que on a, face à nous, une personne qui est très, très fragile, qui a dur à se tenir à une parole, qui a très dur à... Comment dire ? À rentrer dans un mécanisme qu'elle a toujours ou rejeté ou exclu [...] on se rend compte que les projets... Moi ce que j'en retire, c'est du plus petit au plus grand et un à la fois. Si maintenant, on commence par un projet très lourd qui demande beaucoup de ... [...] Et puis après, un moment donné, j'ai compris, c'est moi qui en réalité me suis adapté, j'ai revu tout... A la baisse mais plus réaliste en fait. » - Intervenant 07*

- L'impression de « *ne pas faire grand-chose* » dans le travail de référent lorsque les patients refusaient les entretiens ou montraient qu'ils n'en avaient pas envie (n=1).

### ➤ Le travail en général

8 personnes parlaient de leur travail en général. 2 intervenants en évoquaient les aspects positifs et 7 intervenants les aspects négatifs.

Au niveau positif, ces intervenants appréciaient leur travail pour son côté enrichissant, notamment au niveau relationnel et au niveau des connaissances. Il leur semblait que les membres de l'équipe avançaient ensemble au fil de l'expérience (n=2).

*« Moi, j'assiste, par exemple, à des moments où je vois vraiment les médecins apprendre et être contents d'avoir appris certaines nouvelles choses sur le traitement. Ainsi que mes collègues, mais ça c'est normal. Mais vraiment, on voit que l'équipe infirmière et l'équipe médicale avancent avec certaines similarités au niveau de... en matière d'expérience, en matière de connaissances. » – Intervenant 07*

*« Moi ce que je trouve très enrichissant, c'est le contact avec les patients, c'est la compréhension de la différence de l'autre. Moi, je suis arrivée ici, j'ai appris des tas de trucs concernant les différentes associations, etc. Comment les personnes qui étaient en difficultés pouvaient trouver des logements, où ils pouvaient se diriger, etc. Donc, toutes des choses dont je n'étais absolument pas au courant. Je ne savais pas du tout comment ça se passait et quelles étaient les conditions, etc. pour y accéder. Donc, c'est vraiment des choses qui ont été importantes. Je trouve qu'il y a beaucoup de contacts et beaucoup de contacts humains, de relations humaines. Et j'étais en attente de ça par rapport à mon métier aussi de soins intensifs où voilà, c'est un truc hyper technique, on n'a pas beaucoup de discussion avec les gens et tout. Enfin, moi, ce grand écart entre mes 2 boulots m'ont beaucoup apporté. » - Intervenant 12*

Dans les aspects négatifs par contre, nous retrouvions :

- Le manque d'autonomie et de flexibilité ou encore l'obligation de justifier le moindre geste (n=4).

« Je manque un peu d'autonomie, je trouve ici. Donc, par rapport à... J'ai l'impression que, comme on est très peu de personnel, quand tu es à une place, tu y es et tu n'en bouges plus : donc tu es un peu coincée, tu vois ? [...] Et puis alors, les démarches qu'on pourrait faire avec eux à l'extérieur, là on n'est pas du tout autonome. Je veux dire, on n'a pas de possibilité. [...] Et je trouve que cette notion d'accompagnement, elle est restreinte. » - Intervenant 02

« Et y'avait comme ça un espèce de... d'aspect militaire qui était assez... Une rigidité, une obligation là-dedans qui étaient lourdes. Moi, en tout cas, ça m'a marqué. » - Intervenant 05

« Oui, chaque geste doit être justifié, chaque geste doit être justifié et est-ce que ce que je fais est bien inscrit dans le règlement ou pas ? On ne peut pas innover, enfin. » - Intervenant 07

« Je pense qu'il y avait le protocole qui était bien établi, on essayait justement de bien rester dans le protocole et de ne pas en sortir et qu'on savait que c'était une étude qu'il fallait faire comme ça et pas autrement. Donc on ne prenait pas la liberté de changer certains éléments du protocole. Et je pense que c'est ça, on restait fort cadré, on cadrait tout le temps, on devait tout le temps rappeler les règles et parfois même qui nous semblaient totalement absurdes. » - Intervenant 13

- Un travail stressant, lassant ou peu gratifiant (n=3).

« C'est un peu difficile parce que je pense que c'est le poste le plus stressant, c'est le poste à l'accueil [...] Parce qu'il doit en même temps accueillir, distribuer les clés de casier, faire l'évaluation clinique, procéder à l'éthylotest, avoir à l'œil les personnes qui viennent de prendre leur traitement, repérer s'il y a des soucis. S'il y a des soucis, prendre le matériel nécessaire pour prendre la tension, la saturation. Vérifier qu'il n'y ait pas des personnes qui aillent s'enfermer dans les W.C, récupérer les clés, en tout cas vérifier que la clé est bien récupérée, que le patient ne parte pas avec sa clé dans la poche. C'est beaucoup. [...] C'est énorme, oui. Il faut être en éveil, en fait. Tout le temps. » - Intervenant 08

« J'aimais beaucoup moins parce que c'était vraiment le rôle de gendarme, leur rappeler : 'Non, vous pouvez pas faire ceci ! Non,

vous pouvez pas faire cela ! Dépêchez vous, il reste 2 minutes !' Ça, je trouve que c'est pas gratifiant ni pour nous ni pour les patients. Ça c'est vraiment pas une tâche super facile à gérer. » - Intervenant 13

- L'absence d'analyse et de questionnement sur les données récoltées auprès des patients, de même que l'absence d'utilisation d'outils et de grille de lecture.

« C'est qu'en fait, les soignants amenaient dans les observations une juxtaposition de données mais qui n'étaient pas du tout analysées. Y'avait pas de questionnement ! [...] Moi, je suis fort dans une démarche de consensus ne fût-ce que dans le boulot que je fais et là, y'avait jamais de consensus avec le patient ! C'était à la limite : les soignants disaient... les médecins décidaient souvent mais avec notre... et le patient... Ben, de toute façon, il avait envie de prendre son traitement, donc il subissait ou il acceptait ou... J'analyse un peu les choses comme ça... Mais bon, c'est mon point de vue. Donc peu de recul réflexif à mon avis. Peu de distance par rapport aux choses. Une juxtaposition de choses qui n'étaient pas mal faites, qui n'étaient pas mal dites mais je trouve que la réflexion... » - Intervenant 05

- L'impression que la vérification de l'état d'intoxication du patient après la prise de diacétylmorphine ne servait qu'à dédouaner le centre en cas de problèmes, les intervenants ne pouvant de toute façon pas contrôler son comportement à sa sortie<sup>5</sup> (n=1).
- Une pression liée aux décisions médicales à prendre en urgence en l'absence d'un médecin. L'intervenant recommandait la présence systématique d'un médecin pour éviter ces situations (n=1).

« Des décisions médicales d'urgence, je vais dire ça comme ça. Nous, on aurait eu moins de pression à ce niveau-là et on aurait pu se reposer sur quelqu'un qui aurait pris une décision en concertation avec l'équipe et l'équipe aurait pu, à ce moment-là, être plus sereine au niveau... comment... des actes qu'elle posait vis-à-vis des patients, des actes d'urgence. » - Intervenant 06

<sup>5</sup> Absence de verbatim en raison de la perte d'une partie de l'enregistrement.

- Le temps consacré à l'organisation des horaires et des roulements et qui ne pouvait dès lors pas être mis au profit des patients ou d'une réflexion sur le fonctionnement du centre (n=1).

### ➤ L'infrastructure

7 membres du personnel évoquaient l'environnement de travail, uniquement en termes négatifs tels que :

- Le mauvais agencement des locaux ou des conditions de travail difficiles (n=5).

*« Le lieu déjà. Franchement. Enfin pour y travailler, déjà moi en tant que soignante, c'était froid, chaud, chaud, froid. L'infrastructure est complètement... C'était pas lumineux. J'avais l'impression de vivre dans des... Enfin, le cadre de travail proprement dit, l'endroit ne convient pas du tout. [...] Et puis manque de luminosité, moi je ne supportais pas. » - Intervenant 11*

*« C'est vrai que le cadre n'était quand même pas facile parce qu'on est cloisonné dans des bunkers, on n'a pas d'air. Et c'est vraiment difficile à la longue. On avait froid puis on avait chaud. On se sentait vraiment enfermé. Donc, au niveau du cadre, c'était pas facile non plus. » - Intervenant 13*

- Le manque d'espace qui pouvait être source de tensions, d'agressivité et d'atmosphère chargée (n=2).

*« Mais l'espace, c'est important. Surtout quand il y a de l'agressivité qu'il faut gérer. Y'a pas eu de violence mais ça pourrait. Ils sont menaçants parfois : 'Si ça continue, moi je vais tout envoyer... ! Je vais shooter partout !' Ils sont menaçants ! Et donc, tu restes calme, tu restes calme, y'a rien qui se passe quoi. Mais bon, c'est chargé quand même... » - Intervenant 02*

- Le poids de la sécurité en général (n=1).

*« Mais, à la limite, y'avait un tel poids au début : les alarmes, la sécurité, machin... Que pour finir, on se disait qu'on allait se faire*

*attaquer ! Je me disais : 'C'est pas possible ! Ça va nous arriver !' » -  
Intervenant 05*

### ➤ L'équipe, sa gestion et ses effectifs

7 personnes donnaient des éléments liés à l'équipe. 6 personnes en parlaient de manière positive en évoquant une bonne ambiance au sein de l'équipe, une bonne communication, un sentiment de tolérance et de respect ainsi qu'une certaine solidarité.

*« Oh oui, franchement oui ! On était content d'être là. Je trouve qu'il y avait vraiment une belle ambiance. Maintenant, moi, je trouve qu'il y avait quelque chose de très chouette, c'est que l'équipe ne me cachait pas ma façon d'être, quoi. Ça, je trouvais que c'était chouette. [...] Ça, voilà, je trouvais que c'était bien, c'était clair et je leur ai dit aussi donc voilà. Ça, je trouvais que c'était vraiment chouette. » -  
Intervenant 03*

*« Même si parfois certains patients critiquent certains membres du personnel, on le reprend toujours, on ne va jamais dans leur sens. » -  
Intervenant 10*

Certains avaient également l'impression qu'il n'y avait pas de différenciation ou de supériorité en fonction des rôles et des formations et qu'il existait une franchise entre les personnes qui permettait de se repositionner lorsque c'était nécessaire.

*« Moi, je trouve qu'il n'y a aucune différence. Je ne ressens aucune différence entre l'éducateur, l'aide-soignant ou l'infirmière. Si ce n'est que nos rôles sont un peu différents. [...] Donc oui, on a quand même chacun un rôle différent mais il n'y a de supériorité par rapport au rôle que l'on tient [...] Ça, je ne le ressens pas du tout et c'est vraiment agréable. Comparé des fois dans les hôpitaux où on sent la différence entre les médecins, les infirmiers, ceux qui ont la spécialisation et ceux qui ne l'ont pas, les aides-soignants. » -  
Intervenant 04*

3 personnes évoquaient toutefois des aspects négatifs comme :

- Le manque de reconnaissance et de considération (n=1).

« Pendant ces six mois-là, on a fait aussi toutes ces études-là de machin, aller chercher de la déco et tout ça, mais enfin... C'était pas pour ça que je venais là, quoi. Alors tant mieux, on a réussi à trouver chaque fois des avantages à faire tout ça [...] On a nettoyé un moment à TADAM. Enfin, excuse-moi mais... Et ça semblait normal !! On n'a jamais vraiment eu de merci [...] J'ai travaillé comme étudiante en maison de repos à gâter le patient le WE, à apporter de l'eau s'il fallait, à faire les ongles et à mettre du vernis aux personnes âgées : je m'en fiche, j'adore ça ! Tant que c'est centré sur le patient. Mais là j'en avais rien à cirer à servir le café, moi ! Et on a ri parfois ! [...] Mais t'es vraiment pris par moment pour des moins que rien, les infirmiers ! Moi, ça m'a marqué ça quand même... C'était... Et je pense que c'est dans les représentations, dans l'image que les gens ont des infirmiers. C'était ça qui était un peu triste, tu vois ? » - Intervenant 05

- Le manque d'effectif qui empêchait la relation au patient ou qui engendrait du stress (n=1).

« Non, on est là aussi dans un but relationnel, il y a quand même un but relationnel. Mais toute seule, encore une fois, je reste sur le manque d'effectif. Allez, voilà, ce n'est pas possible. On ne sait pas profiter... comment... on ne sait pas avoir un moment relationnel. Je ne vais pas... Je ne trouve pas mes mots. [...] C'est ça que je dis, j'adore le travail que je fais mais là, vu qu'on est en manque d'effectif, je trouve que d'une manière régulière, c'est un peu stressant. Parce qu'il ne faut pas, je vais le dire un peu vulgairement, mais il ne faut pas qu'il y ait de couille. Parce qu'à la moindre petite faille, c'est... vu qu'on est réduit, comment est-ce qu'on s'organise, qui reste où, qui fait quoi, comment est-ce qu'on fait ? » - Intervenant 04

- Le manque de distance thérapeutique chez certains membres du personnel (n=1).
- La difficulté de parler du ressenti personnel en réunion d'équipe (n=1).

« C'est difficile. Des fois, ça peut être difficile à dire au niveau du ressenti. Quand on parle de certaines choses en réunion, des fois, c'est un peu tendu ou ce genre de choses. » - Intervenant 04

- La déception liée à la formation des intervenants qui n'étaient pas tous infirmiers psychiatriques.

*« Moi, j'ai eu un gros souci par rapport au fait... et un peu de déception aussi... Moi je m'attendais vraiment à ce qu'on soit une équipe d'infirmiers, d'infirmiers psy et qu'on mobilise des choses. Et je me suis très vite rendue compte... » - Intervenante 05*

### ➤ Les conditions liées à l'aspect pilote du projet

Enfin, 4 personnes parlaient des conditions inhérentes au projet pilote et ce, de manière négative uniquement. Ces raisons étaient soit liées à la durée du traitement limitée à un an, soit au concept même d'expérience.

*« Mais enfin, ce qui est dommage, c'est le patient, quoi. C'est le patient, après un an, qui repart à la case départ. C'est une des patientes qui m'a dit ça. Quand t'entends ça, franchement, c'est dur, hein ! » - Intervenante 01*

*« Ça, c'est le projet pilote qui est comme ça. Mais ça, moi, c'est un truc qui me chiffonne, oui. Personnellement, oui. Voilà, ils le savent, ils sont arrivés en le sachant. Mais, moi, je me dis que, voilà, ils ont un an et qu'il y a des personnes où je me dis que franchement, si ça avait pu durer plus longtemps, je suis sûre qu'on aurait pu bien bosser et que ça aurait vraiment pu bien bien évoluer et qui, voilà, vont être un peu coupés dans leur évolution. Donc, c'est dommage [...] Donc ça, c'est vrai que c'est un peu chiffonnant quand tu en vois certains qui ont une belle évolution et qu'on se dit que, dans deux mois, c'est fini. Mais bon, ça, c'est le projet pilote. » - Intervenante 09*

*« Moi j'ai l'impression que voilà : c'est une expérience qu'on fait, et c'est vraiment les souris qui passent quoi. Et puis, ils rentrent, ils sortent et stop ! Basta ! Ils sont sortis, pour eux, on ne se tracasse plus. Moi, je m'en faisais mal. » - Intervenante 03*



## 3.2. L'impact du travail sur les médecins

Les 4 médecins du centre ont été interrogés. Il s'agissait de 3 médecins généralistes, prescripteurs de diacétylmorphine, et d'un médecin psychiatre. Contrairement aux infirmiers et aides-soignants qui avaient un contrat de travail au minimum à mi-temps, les médecins, qui avaient un statut d'indépendant, ne consacraient chacun que quelques heures par semaine au centre DAM.

Dans notre analyse, nous avons procédé de la même manière que pour les infirmiers et les aides-soignants bien que nous ayons rassemblé le contenu des entretiens en 6 thèmes seulement. De plus, nous n'avons pas mis de dénomination, même codée, sous le verbatim utilisé comme illustration pour éviter que les propos ne puissent être reliés facilement à un intervenant.

Figure 2 : Les propos des médecins ont été regroupés selon 6 thèmes.

	Nb d'intervenants
<b>1. Les patients</b>	<b>3</b>
Aspects positifs	3
Aspects négatifs	0
<b>2. Le travail en général</b>	<b>2</b>
Aspects positifs	2
Aspects négatifs	2
<b>3. La prescription du traitement</b>	<b>2</b>
Aspects positifs	1
Aspects négatifs	2
<b>4. Les conditions du projet</b>	<b>2</b>
Aspects positifs	0
Aspects négatifs	2
<b>5. L'équipe</b>	<b>2</b>
Aspects positifs	2
Aspects négatifs	0
<b>6. L'infrastructure et les conditions de travail</b>	<b>1</b>
Aspects positifs	0
Aspects négatifs	1

### ➤ Les patients

Trois médecins parlaient des patients de manière positive uniquement, en évoquant des aspects tels que :

- La motivation et la satisfaction de voir des améliorations chez les patients.

*« On trouve... on voit qu'il y a une amélioration de l'état de santé, qu'ils font plein de démarches, ils font des projets. Il y en a qui vont en vacances, il y en a qui renouent en famille. Enfin, il y a plein de choses positives qui se passent, ça on le voit. Ça, disons que c'est motivant. »*

- L'impression d'apporter quelque chose au patient au-delà du produit.

*« Oui, t'as l'impression que tu leur apportes quelque chose en dehors même d'un traitement médicamenteux. Tu leur apportes quelque chose au niveau chaleur, considération. Donc, ce n'est pas qu'un travail de produit, c'est un travail beaucoup plus large. »*

- Le travail passionnant avec ce type de patients.

*« Moi, j'aime bien ces gens-là, c'est un phénomène, ça m'intéresse des gens comme ça. Moi, je peux passer une heure à discuter avec l'un, avec l'autre, à écouter. Je vais faire une anamnèse poussée et poser des questions, ça m'intéresse. Ces gens m'intriguent et m'intéressent et je les trouve globalement très gentils, très intéressants. C'est un monde parallèle mais intéressant. Et j'ai, je vais dire, - j'ai maintenant de la bouteille. »*

## ➤ Le travail en général

2 médecins évoquaient leur travail en général, aussi bien positivement que négativement.

Dans les aspects positifs, nous retrouvions :

- La remise en question des préjugés.

*« Ça m'a permis de changer ma façon de voir les toxicomanes [...] ça m'a permis de voir les choses autrement et de me rendre compte aussi qu'il y avait moyen de faire quelque chose pour ces gens-là. »*

- L'amélioration des connaissances.

*« Donc, moi, [travailler avec les centres partenaires] ça me permet d'apprendre et de connaître, c'est déjà une chose qui est fort importante. »*

*« Mais comme j'adore, je vais dire, je fais ça à fond, je trouve que j'ai déjà bien appris. J'ai encore mille choses à apprendre. »*

- La présence journalière d'un médecin qui permet au patient de disposer de quelqu'un lorsqu'il en a besoin.

*« Moi, j'aime bien. Moi, j'estime qu'il y a une présence médicale journalière, [...] je suis là au service des gens qui viennent ici au centre. [...] j'aime bien qu'ils puissent aussi trouver quelqu'un quand ils en ont envie, quand ils ont le temps, quand ils l'ont décidé. »*

Dans les aspects négatifs, nous retrouvons :

- La rigidité des règles du centre vis-à-vis des patients.

*« La chose qui m'a un peu perturbée au départ aussi c'était le côté fort rigide. Mais bon, je me suis rendue compte du bien fondé de cette affaire-là, qu'il fallait quand même une certaine rigueur et rigidité par rapport à ces patients-là, tout en essayant d'être aussi souple et tolérant. »*

- L'interdiction de poser des actes de médecine générale.

*« Je vais dire, je trouve ça quand même assez délicat de dire : 'Oh, ben non écoute, je ne suis pas médecin pour ça.' Et il n'y a rien, il n'y a personne. Est-ce qu'on a le droit en tant que médecin de ne pas faire... examiner une gorge quand quelqu'un tousse sous prétexte qu'on est prescripteur de méthadone ? »*

- Un sentiment d'hypocrisie dans le fait de ne pas pouvoir administrer le produit au patient.

*« Après, il y a toujours des petits moments où on est en porte-à-faux avec l'éthique médicale. Le fait de ne pas injecter nous-mêmes me met*

*en porte-à-faux par rapport à l'éthique médicale. Je dis qu'il y a quelque chose de faux-cul même si je le comprends politiquement. »*

### ➤ La prescription de diacétylmorphine

2 médecins (50%) évoquaient la prescription et la délivrance de la diacétylmorphine.

Une personne en parlait de manière positive en disant qu'elle se sentait à l'aise dans les protocoles d'ajustement de la dose de diacétylmorphine.

*« Non, on est à l'aise. Les protocoles sont faits par X et l'équipe et moi, je me sens parfaitement à l'aise. »*

Toutefois, cette personne ainsi qu'une autre relataient également des aspects négatifs, tels que :

- Une frustration liée au rôle limité du médecin.

*« C'est un peu frustrant pour moi, parce que le système ici marche avec des centres partenaires. Donc, je dois me limiter à mon rôle de prescrire la dose adéquate de méthadone, prescrire la benzo [...] Donc, voilà, mais c'est frustrant. C'est à la limite du bancontact distributeur d'héroïne. Parce que le travail normalement est fait par les médecins du centre partenaire [...] Donc une des premières choses si on veut continuer l'aventure, c'est peut-être de rendre le boulot un peu plus captivant pour les médecins. »*

- Un malaise lié à la diacétylmorphine et au mode d'administration.

*« Ça aussi, par moment, je suis un peu mal à l'aise en tant que médecin de les... de même pas besoin de mettre un stéthoscope pour entendre leurs poumons siffler. Et puis, tu les envoies fumer là-bas. »*

*« Il y a un moment donné où on est dans un traitement. Enfin en tout cas, moi je veux continuer à me positionner comme ça parce que sinon, je me sens trop mal. Et je n'aime pas quand on va dire : 'Tu es dealer officiel'. Non. Et je suis contente quand de temps en temps, quelqu'un qui me pointe ça parce que ça nous oblige à nous repositionner. Moi si je n'ai pas l'intime conviction de faire une*

*bonne chose médicale, je pars. Enfin, je ne peux pas être dealer officiel. Ça, ce n'est pas acceptable. »*

*« 'Est-ce que je fais un, est-ce que je permets à un patient de ne pas souffrir du manque ? Est-ce que je permets à un patient d'être défoncé ? Est-ce que je suis dealer officiel ?' Parce que la question, c'est ça, je vais dire, à un moment donné, il y a ça. Après, moi, je préfère lui prescrire de manière contrôlée plutôt qu'il n'aille prendre n'importe quoi. Ceci dit, il y a quand même des moments où on se demande... Bon, on n'a pas d'objectifs clairs à ce niveau-là. »*

### ➤ Les conditions du projet

Un médecin s'estimait content d'avoir créé et réalisé un projet avec une possibilité d'ouverture en cas de continuité de ce dernier.

Toutefois, ce même médecin, ainsi qu'un autre, évoquaient la durée du projet pilote limitée à un an.

*« Je trouve que c'est dommage qu'on laisse... Maintenant, c'est un projet, on ne sait pas faire autrement. On va les laisser dans la nature, on a fait un effort pendant un an, eux aussi et puis on va perdre le bénéfice. Ça, c'est dommage ! »*

*« Donc là c'est un peu choquant ce qu'il se passe pour l'instant. 'Bon, les gars, merci beaucoup d'être venu dans l'étude, c'est gentil, allez ciao basta'. Alors... Bon... »*

### ➤ L'équipe

2 médecins rapportaient des aspects positifs tels que la bonne entente qui régnait au sein de l'équipe et la complémentarité des intervenants.

*« Ici, on s'entend super bien. Donc ça, c'est très agréable. [...] on a des styles très, très différents qui se complètent. »*

➤ **L'infrastructure et les règles de sécurité**

Un médecin parlait de la lourdeur de certaines règles de sécurité et du cloisonnement de la circulation dans le centre.

*« Oui, les règles sont parfois un peu lourdes, parfois un peu... Mais enfin, c'était le début, on avait des craintes sur toutes sortes de choses par sécurité... Ça, bon, c'est une opinion personnelle, c'est mon opinion personnelle que c'est parfois un peu lourd. »*

*« Oui, la circulation, c'est fort cloisonné. C'est peut-être par sécurité mais ça gêne : quand on est en entretien et y'a des infirmiers qui sortent et qui vont... Voilà... »*

## 4. Discussion

### 4.1. Les infirmiers et les aides-soignants

Parmi les 7 thématiques abordées par les infirmiers et les aides-soignants, seule celle relative à « L'équipe, sa gestion et ses effectifs » comportait une majorité d'avis positifs. Les difficultés de leur travail occupaient une place manifeste dans leur discours, ce qui pourrait être une explication du turn-over important observé au sein de l'équipe soignante : en 2011, lors de la première année d'ouverture du centre DAM, quatre infirmiers et un aide-soignant ont quitté le centre DAM, sur une équipe de 9 personnes. Cependant, ces départs n'étaient pas tous volontaires et, parmi les départs volontaires, certains ont pu être causés soit par des raisons personnelles indépendantes au centre DAM, soit par des conflits dans l'équipe soignante.

Comme les questions posées lors des interviews n'étaient pas spécifiquement destinées à évaluer l'impact du travail sur le personnel soignant, ces aspects ont été évoqués de manière spontanée par les intervenants. Néanmoins, nous nous interrogeons sur une possible surreprésentation des aspects négatifs du travail au sein de notre analyse. Peut-être était-il plus aisé de rapporter les dysfonctionnements, les frustrations et les éléments à modifier plutôt que de mettre en évidence les aspects positifs ? A moins que ce qui fonctionne bien et comme prévu ne suscite en général que peu de commentaires.

En tout cas, même si nos interviews ne nous ont pas permis d'évaluer exactement la part des aspects positifs et négatifs dans l'expérience de l'équipe infirmière, les difficultés ont été suffisamment mentionnées pour que nous nous y attardions. Une partie de ces difficultés semblaient résulter de la contradiction entre les rôles qui leur étaient dévolus. Dans les interviews, deux rôles se dégageaient en particulier : celui de surveillant et celui de référent.

En tant que surveillant, le personnel s'assurait, d'une part, que les patients ne présentent aucun effet indésirable durant l'administration de diacétylmorphine et la période de repos. Les patients devaient être visibles du personnel pour que ce dernier puisse intervenir au moindre signe de malaise. D'autre part, cette surveillance permettait d'éviter que des patients ne détournent leur dose de diacétylmorphine. La tâche de surveillant avait donc un objectif médical et un objectif répressif. Ce travail de surveillance était vécu comme routinier, fatigant ou ingrat. Le travail qui précédait la surveillance a également fait l'objet de

remarques négatives. Le personnel estimait en effet que la préparation de la diacétylmorphine et sa délivrance était un travail stressant, à cause notamment de la rigueur des procédures de contrôle et de la crainte d'être accusé de vol. A l'exception d'un intervenant, tous ont évoqué de manière négative la préparation du produit et/ou la surveillance des patients pendant l'administration de diacétylmorphine.

Le second rôle important de l'équipe infirmière était celui de référent. Dans ce cadre, chaque intervenant était chargé d'avoir régulièrement un entretien avec les patients dont il était le référent. Dans nos interviews, les intervenants accordaient de la valeur à ce rôle de référent. Ils exprimaient un désir d'entrer en relation avec les patients, de développer un lien de confiance ainsi qu'un besoin d'autonomie et de flexibilité dans leur travail d'accompagnement. Cependant, si un patient avait des demandes en matière de suivi médico-psycho-social sortant du cadre strict du traitement par diacétylmorphine, le référent devait renvoyer le patient vers son centre partenaire, ce qui entraînait un sentiment de frustration.

La manière dont les intervenants parlaient de ces deux rôles révélait leurs aspects contradictoires, et ce, à deux niveaux principalement. Un premier conflit apparaissait au niveau du temps et de la gestion pratique du travail. Le personnel estimait que la surveillance, particulièrement dans sa fonction répressive, prenait une place importante dans le travail quotidien. Un membre du personnel ajoutait que le manque d'effectif leur interdisait de quitter la surveillance même si un patient sollicitait un entretien. Dès lors, la fonction de surveillant empêchait un travail de référent optimal en entravant notamment la relation avec le patient. Un deuxième conflit se manifestait au niveau de l'image renvoyée aux patients. Une personne évoquait la « *double casquette* » de l'intervenant. D'un côté, il devait s'assurer des bonnes conditions de prise de la diacétylmorphine qui impliquaient l'application de sanctions en cas de détournement ou de comportement contraire au règlement (les personnes parlaient d'un rôle de « *gendarme* » ou de « *gardien de prison* »). D'un autre côté, l'intervenant, en tant que référent, attendait du patient qu'il se confie, qu'il exprime ses besoins et qu'ensemble, ils puissent développer une relation de confiance, une relation privilégiée. Le personnel soignant soulignait que ces aspects contradictoires entraînaient aussi des difficultés chez les patients car certains d'entre eux avaient du mal à se positionner face à l'équipe. Les intervenants regrettaient également que des patients les réduisent à leur rôle de surveillant uniquement et développent vis-à-vis d'eux une attitude défensive en refusant, par exemple, les entretiens référents ou en évitant de formuler des demandes. Plusieurs personnes soulignaient leurs difficultés à établir un lien de confiance avec les patients. Face à ces attitudes, le personnel manifestait de la déception et de la frustration, en blâmant d'autant plus le rôle de surveillant et en exprimant davantage la volonté d'entrer en relation avec le patient.



Un intervenant exprimait ainsi l'importance du contact avec les patients, au regard de la frustration vécue par le rôle de surveillant.

*« Tout ce qui est contact avec le patient est quelque chose qui pour moi... Il y a des jours où je me dis : 'Pff, je n'ai pas envie d'y aller, je vais encore me trouver à la surveillance'. Et, excuse-moi du terme mais : 'Je vais m'emmerder à surveiller alors que je pourrais avoir un contact complètement différent avec eux'. [...] Et quand j'arrive ici et que je rentre en contact avec eux, tout mon ennui, tout le... Enfin, ça, c'est personnel évidemment. Ils sont dans un sens très attachants. On s'attache, en restant professionnel évidemment. Mais le contact que j'ai personnellement avec les patients est quelque chose qui, moi, me permet de continuer ici, à venir ici. »*

Le manque d'autonomie des soignants semblait également avoir renforcé leur besoin relationnel, comme si la seule autonomie possible dans le travail des infirmiers et aides-soignants résidait dans cet aspect relationnel. Le besoin d'autonomie revenait en effet à plusieurs reprises lorsque les intervenants exprimaient leur envie d'accomplir un travail social complet avec les patients, d'assurer une continuité avec les centres partenaires et d'ouvrir le travail infirmier en travaillant par exemple des objectifs à court et long terme avec les patients.

Ces difficultés liées au rôle de surveillant créaient un sentiment de frustration, exacerbant le besoin relationnel du personnel et son besoin d'autonomie. Ces deux besoins ne pouvaient être satisfaits que dans le rôle de référent mais celui-ci était saboté en partie par le rôle de surveillant qui prenait trop de temps et créait une relation conflictuelle avec les patients. Ce conflit entre ces deux rôles semblait se transformer en cercle vicieux, comme si les obstacles à l'autonomie et au désir relationnel avec les patients ne faisaient qu'accroître ces désirs en rendant d'autant plus pénibles les tâches qui entravaient leur réalisation.

En outre, lorsqu'un intervenant avait la possibilité de rentrer en relation avec un patient, il pouvait tomber sur un autre écueil : la nécessité de garder une distance thérapeutique avec les patients. Si un intervenant exprimait la difficulté de conserver cette distance pour lui-même, un autre regrettait que certains membres de l'équipe ne respectent pas cette règle du soignant.

Néanmoins, l'aspect relationnel semblait être l'aspect le plus positif du travail de l'équipe infirmière. Nous indiquions plus haut que seul le thème de « *L'équipe, sa gestion et ses effectifs* » comportait une majorité d'avis positifs. En effet, les éléments positifs du travail au centre TADAM mis en évidence par les intervenants tournaient principalement autour de

l'aspect relationnel, soit avec les patients, soit au sein de l'équipe soignante. Ils relataient au sein de cette dernière une bonne ambiance, une bonne communication ainsi qu'une solidarité entre les membres. L'attention accordée à cette dimension était sans doute d'autant plus forte que les soignants étaient frustrés par leur rôle de « *gendarme* », comme nous venons de le décrire plus haut.

Nous nous sommes interrogées également sur l'attitude de l'équipe infirmière face à son rôle médical limité à la distribution et la surveillance diacétylmorphine. Mis à part quelques petits soins pour certains patients, le personnel n'effectuait pas d'autres actes médicaux. Cependant, les interviews ne contenaient pas de plaintes vis-à-vis de cet aspect. Par contre, elles révélaient des attentes importantes vis-à-vis d'un rôle social. En effet, le personnel soignant exprimait une envie de réaliser des tâches sociales et d'occuper des fonctions habituellement dévolues aux éducateurs, assistants sociaux ou encore psychologues. Ce désir de travail social pourrait s'expliquer par la frustration du personnel soignant de ne pas accomplir d'actes en lien avec leur formation initiale, d'être relégué principalement à un rôle de surveillant et par un besoin d'être et de se sentir utile.

## 4.2. Les médecins

Quatre médecins étaient employés dans le centre de traitement. Pour le médecin psychiatre, il s'agissait surtout d'un travail de coordination, de supervision et de gestion des équipes. Il ne voyait les patients qu'à leur entrée dans le traitement et ensuite ponctuellement ou, à leur demande, pour la prescription des médicaments psychiatriques. Seuls trois médecins étaient en contacts réguliers avec les patients. Leurs propos étaient donc difficilement généralisables.

Les trois médecins prescripteurs de diacétylmorphine se disaient contents de voir les effets positifs du traitement sur les patients. Pour les deux médecins ayant peu d'expérience professionnelle avec les personnes dépendant à l'héroïne, ce travail leur permettait en outre d'améliorer leurs connaissances sur la toxicomanie et sa prise en charge ou encore de revoir leurs préjugés sur cette population. Ils relataient également une bonne entente au sein de l'équipe ainsi qu'une complémentarité dans leur manière de travailler.

La limitation de leur rôle à un rôle de prescripteur de diacétylmorphine était un problème pour deux des médecins généralistes. Ils auraient voulu prendre les patients en charge de manière plus globale.

### 4.3. L'utilisation du mot traitement dans les interviews

L'analyse de l'expérience professionnelle du personnel infirmier révélait qu'un seul d'entre eux avait une expérience spécifique de plusieurs années dans des structures spécialisées en assuétudes. Six intervenants avaient toutefois rapporté avoir eu des contacts avec des personnes dépendant d'une substance, de par leur travail en institution psychiatrique ou hospitalière.

Avant d'analyser ces interviews, nous nous attendions à retrouver dans l'équipe infirmière un questionnement éthique sur cette substitution de l'héroïne de rue par de l'héroïne pharmaceutique, d'autant plus que peu de personnes dans cette équipe avait de l'expérience dans les traitements de substitution. En effet, le traitement par diacétylmorphine a été mis en place pour permettre aux personnes dépendant à l'héroïne de s'éloigner de la consommation d'héroïne de rue et de tous les risques que celle-ci entraîne. Cet éloignement est réalisé grâce au remplacement de l'héroïne de rue par de l'héroïne pharmaceutique dans un cadre médical très contrôlé. Ce traitement se situe ainsi à l'intersection entre la consommation de drogues et la prise en charge médicale. Nous nous attendions à ce que cette rencontre de deux mondes différents suscite des interrogations chez des membres de l'équipe médicale.

Or, nous n'avons pas retrouvé ce questionnement dans les interviews de l'équipe infirmière. Par contre, nous avons été frappées par le recours continu au mot "traitement" pour désigner l'administration de diacétylmorphine ou la diacétylmorphine elle-même par métonymie.

*"... je sors la feuille de vérification des traitements..."* (en parlant de la vérification des doses de diacétylmorphine prescrites par patient).

*"... pour qu'ils puissent prendre leur traitement correctement..."*

*"... on va préparer les traitements pour les distribuer..."*

Ce recours au mot traitement pour désigner la diacétylmorphine a donné parfois des phrases incongrues :

*"Et donc là je me dis : 'Ben mince quoi ! On n'est pas là que pour donner des traitements !' Un patient qui va pas bien ou qui est inquiet ou qui a des choses qui nous inquiètent, ben voilà, on s'en fout pas quoi..."*

En dehors des interviews, dans le cadre des différentes visites que nous avons faites au centre DAM, nous avons remarqué l'insistance explicite de certains membres de l'équipe infirmière pour utiliser les mots "traitement" et "patients" et pour bannir les termes "dose" et "toxicomane".

Il est possible que ce recours systématique (et rappelé explicitement) à des termes purement médicaux, ne rappelant en rien la consommation de drogues illicites, ait permis à l'équipe infirmière de résoudre l'éventuel questionnement éthique qui peut apparaître devant ce traitement<sup>6</sup>. Les soignants médicalisaient ainsi plus complètement la délivrance et l'administration de diacétylmorphine pour se situer sans ambiguïté dans un cadre thérapeutique. Dans l'extrait suivant, un intervenant expliquait pourquoi il fallait interdire de fumer la cigarette pendant l'inhalation de diacétylmorphine :

*« Et puis, ici, c'est un contexte de soins, pour moi ; et donc on ne fume pas dans un... C'est incompatible. Y'a quelque chose, symboliquement, qui me dérange beaucoup. » - Intervenant 02*

Pour vérifier notre hypothèse, nous avons calculé avec NVivo le nombre d'occurrence de ces termes. De ce nombre, nous avons retiré les mots prononcés par les chercheuses. De même, nous n'avons pas compté les mots qui semblaient utilisés par un intervenant en réponse à une chercheuse qui la première avait prononcé le mot. Nous avons également retiré les mots utilisés dans un autre sens, comme le participe passé "produit" du verbe produire ou l'adjectif "patient" (Tableau 1).

**Tableau 1 : Fréquence des mots dans les interviews de l'équipe infirmière**

Mots analysés	Fréquence des mots	Nombre d'intervenants
Patient(e)(s)	452	13
Traitement(s)	310	12
Soin(s)	52	11
Produit(s)	43	9
Diacétylmorphine ou DAM	39	9
Toxicomane(s)	35	9
Consommation	19	8
Héroïne	17	9
Toxicomanie(s)	5	3
Héroïnomane	2	2

Dans notre tableau, les termes "toxicomane(s)", "héroïne", "consommation", "produit(s)" reviennent effectivement nettement moins souvent que les termes "patient(s)" et "traitement(s)", ce qui confirmerait notre hypothèse.

<sup>6</sup> Nous retrouvons ce questionnement notamment dans les titres de la presse quotidienne. Ainsi, quelques semaines avant l'ouverture du centre DAM, le 13/11/2010, la Libre Belgique titrait ainsi un de ses articles : "On va délivrer de la drogue".

En outre, l'absence de questionnement éthique explicite pouvait s'expliquer également par le fait que la responsabilité de la prescription était prise par un médecin. Le rôle de l'équipe infirmière consistait dès lors à veiller au bon déroulement d'un traitement recommandé par un médecin.

## 5. Conclusion

Les interviews réalisées auprès des médecins, des infirmiers et des aides-soignants du centre de traitement révélaient des difficultés dans leur travail quotidien, notamment en ce qui concerne leurs rôles professionnels.

Chez les infirmiers et les aides-soignants, les difficultés reposaient sur plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, nous retrouvions la lourdeur du rôle de surveillant, parfois au détriment du rôle de référent, le manque d'autonomie, le désir parfois exacerbé d'entrer en relation avec le patient et d'effectuer un travail social complet, de même que le besoin de se sentir utile. Les aspects contradictoires, inhérents au mélange de ces rôles et attentes, étaient particulièrement difficiles à vivre pour l'équipe infirmière mais peut-être également pour les patients qui, selon les intervenants, avaient du mal à se positionner face à eux.

Comme dans l'équipe infirmière, la limitation des actes médicaux autorisés par le protocole de recherche engendraient chez certains médecins la frustration de ne pouvoir accomplir complètement leur mission de médecin généraliste.

Une prise en charge optimale des patients passe également par une bonne gestion des équipes soignantes. Dès lors, pour l'ouverture éventuelle d'un futur centre de traitement, il sera important d'être attentif aux difficultés vécues par le personnel soignant.