

# **Projet TADAM**

## **RAPPORT FINAL**

### **Section III – RÉSULTATS**

#### **Chapitre I.**

# **Observations dans le Centre DAM**

## Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>2. MÉTHODE</b> .....	<b>4</b>
2.1. La prise de notes lors de discussions .....	4
2.2. La visite du centre et la prise de photos des locaux .....	4
2.3. Les observations pendant les plages d'administration de la diacétylmorphine .....	5
2.4. Les réactions par rapport à l'observateur .....	6
• De la part des patients .....	6
• De la part de l'équipe soignante.....	7
<b>3. RÉSULTATS</b> .....	<b>8</b>
3.1. Le centre DAM.....	8
• Localisation géographique du centre DAM .....	9
• Plan du centre.....	11
• Description des locaux accessibles aux patients.....	11
• Règlement du centre DAM.....	17
• Ambiance et atmosphère des cabines d'inhalation .....	19
3.2. Les patients .....	22
• Avant l'inhalation .....	22
• Pendant l'inhalation .....	23
• Après l'inhalation .....	24
3.3. Les soignants .....	24
• Les mouvements du personnel soignant .....	25
• Le regard des soignants sur leurs tâches et le traitement par diacétylmorphine .....	27
<b>4. DISCUSSION</b> .....	<b>28</b>
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>31</b>

## Section III. Résultats

### Chapitre I. Observations dans le centre DAM

#### 1. Introduction

Ce document a été rédigé sur la base d'observations réalisées dans le centre de traitement assisté par diacétylmorphine appelé ici centre DAM<sup>1</sup>. Rappelons que le centre a ouvert deux ans du 17 janvier 2011 au 16 janvier 2013. L'équipe de recherche a voulu décrire le fonctionnement concret de ce nouveau centre de traitement par DAM. Nous n'avons pas voulu reprendre le fonctionnement idéal du centre DAM en nous basant sur le protocole mais son fonctionnement effectif, tel qu'il a été vu par un observateur immergé dans le centre pendant plusieurs heures.

Ce document permettra de présenter le centre au lecteur avant qu'il n'aborde les autres chapitres de ce Rapport final. Nous espérons pouvoir l'amener à une sorte d'immersion au sein de la vie du centre. Nous aimerions également que ce document puisse aider d'éventuels organisateurs d'un nouveau centre de traitement par diacétylmorphine en attirant leur attention sur les difficultés que les soignants et les patients ont pu rencontrer lors de ce traitement.

Dans ce chapitre, nous avons commencé par une description de la méthode utilisée afin de rendre compte de la manière précise dont ces observations avaient été faites. Les résultats présentés ensuite détaillent différents aspects du centre et ce, en commençant d'un point de vue macro (la localisation du centre de traitement dans la ville) pour en arriver au cœur même du dispositif : l'atmosphère des cabines d'inhalation. Ainsi, après avoir présenté le centre tel qu'il a été construit par la Fondation TADAM, nous avons enchaîné par les observations au niveau des patients et au niveau des soignants. S'en suit alors une discussion où nous avons repris différentes interrogations et analysé quelques constats de l'équipe de recherche quant au fonctionnement du centre ou sa configuration.

---

<sup>1</sup> DAM est l'abréviation que nous utilisons pour désigner la diacétylmorphine.

## 2. Méthode

La réalisation des observations du centre DAM s'est déroulée en plusieurs temps distincts (à 17 reprises exactement) sur une période totale de 18 mois (du 08/02/2011 au 31/08/2012). Les observations ont été faites principalement par une chercheuse et ont été complétées par les notes et commentaires de deux autres membres de l'équipe. Nous avons pu distinguer trois types de récoltes de données :

- Tout d'abord, des notes ont été prises pendant des réunions et lors de discussions avec le personnel soignant.
- Ensuite, il y eut une séance de photos et des observations dans les locaux du centre sur leur configuration, leur conception et leur utilisation.
- Enfin, des observations avec prise de notes ont été réalisées pendant les plages de traitement dans la salle d'accueil du centre et les cabines d'inhalation.

Au total, 17 récoltes de données ont été faites dont 6 dans les cabines d'inhalation uniquement. Différentes méthodes ont été utilisées pour diversifier les données récoltées. Toutes les notes prises durant ces séances furent ensuite retranscrites pour être analysées qualitativement avec le logiciel NVivo 9.

Dans ce qui suit, nous décrivons plus précisément la méthode utilisée lors de ces différentes séances d'observation. Nous commençons par les notes prises lors de discussions. Nous voyons ensuite comment nous avons procédé pour la séance de prise de photos du centre. Enfin, nous décrivons la mise en place et la procédure d'observation en tant que telle lors du suivi des plages de traitement dans leur totalité.

### 2.1. La prise de notes lors de discussions

Après l'ouverture du centre, nous avons pris régulièrement des notes lors de discussions ou de diverses réunions. Tout ce qui touchait au centre, à son fonctionnement, à l'équipe ou au traitement par diacétylmorphine était immédiatement relevé et noté. Il pouvait aussi bien s'agir de réunions que de discussions informelles avec des membres de l'équipe soignante, avec des responsables du centre DAM ou avec d'autres membres de l'équipe de recherche. Ces observations furent relevées de février 2011 à janvier 2012.

### 2.2. La visite du centre et la prise de photos des locaux

Après un contact avec l'infirmière en chef du centre DAM, nous avons pris rendez-vous avec un membre du personnel soignant afin qu'il nous fasse une visite guidée du centre de soins. L'objectif premier de cette visite étant de prendre des photos des locaux d'administration,

nous avons demandé à ce qu'elle ait lieu en dehors des plages de traitement. L'infirmier nous ouvrit toutes les portes qui étaient normalement verrouillées pour des raisons de sécurité. Il nous accompagna et commenta les lieux. Il exprima son point de vue et ses critiques par rapport à ceux-ci. Afin d'appuyer ses dires, il nous fit également participer en nous faisant asseoir dans les cabines et en nous montrant le chemin que devait faire le personnel soignant lors des plages de traitement. Pendant ce temps, nous avons pris des notes et des photos.

### **2.3. Les observations pendant les plages d'administration de la diacétylmorphine**

Comme nous l'avons précisé dans les lignes qui précèdent, parmi les 17 observations qui ont été faites par l'équipe de recherche, 6 d'entre elles ont eu lieu durant une plage d'administration de DAM (ou "plage de traitement" comme le disait le personnel). Les deux premières n'en couvrirent qu'une partie tandis que les quatre autres s'étalèrent sur la totalité de la plage (c'est-à-dire juste avant l'entrée des patients dans le centre DAM jusqu'à la fermeture des portes de la partie 'administration').

Pour les observations partielles de la plage de traitement<sup>2</sup>, nous étions déjà dans le centre avant le début des observations car nous avions des entretiens avec des patients dans le cadre des évaluations de suivi. Nous nous sommes donc déplacée de notre bureau jusqu'aux locaux d'administration tout en restant dans la partie centrale de ceux-ci<sup>3</sup> où nous nous sommes positionnée debout derrière une vitre et avons pris des notes.

Pour les observations durant la totalité de la plage de traitement, nous avons d'abord consulté l'infirmière en chef et ensuite l'équipe soignante afin de les informer de notre démarche. Consciente du désagrément que notre présence pourrait susciter, nous avons accordé une part importante à cet aspect de communication avec le personnel. C'est ainsi que nous leur avons demandé quel était le moment de la journée le plus opportun. Nous nous sommes également faite conseiller pour savoir quel était l'endroit le plus propice dans les cabines pour causer le moins de dérangement possible. Nous avons passé du temps à leur expliquer la façon dont nous allions procéder et l'objectif de notre demande. Nous avons rassuré certains soignants qui étaient inquiets à l'idée que notre présence ne crée un incident. Ainsi, il nous a été conseillé d'aller observer systématiquement la dernière plage de traitement de la journée (de 16h30 à 18h30) car les patients étaient plus nombreux à venir à cette plage. La position la plus adéquate était d'être assise sur un tabouret installé en face des cabines d'inhalation.

Nous avons donc procédé de la sorte à quatre reprises sur une période de six mois (du 06 avril au 31 août 2012). Ce fut fait systématiquement un vendredi car ce jour correspondait à notre présence dans le centre pour les entretiens d'évaluation. A trois reprises, nous avons commencé par nous installer sur une chaise dans la salle d'accueil afin d'assister à l'arrivée

<sup>2</sup> Les termes "plage de traitement", utilisés par le personnel du centre DAM, s'appliquaient aux heures où le centre était ouvert aux patients et où ceux-ci pouvaient recevoir et inhaler leur diacétylmorphine.

<sup>3</sup> La description complète et précise des lieux est faite dans le point suivant, concernant les résultats.

des premiers patients. Ce n'est qu'après quelques minutes que nous rentrions alors dans les locaux d'administration. Nous nous installions sur un tabouret dans la salle d'inhalation, devant les cabines, aux côtés du personnel soignant. Nous sommes surtout restée assise à prendre des notes, même s'il est arrivé que nous nous déplaçons le long des cabines. Ces déplacements nous permettaient d'avoir un autre angle de vision. Nous n'avons fait aucun commentaire pendant la prise de diacétylmorphine. Lorsque les patients nous adressaient la parole, nous leur avons expliqué notre démarche et donc la nécessité de rester concentrée sur ce qui se passait autour de nous. Lorsqu'enfin le dernier patient quittait le centre, nous restions encore avec le personnel soignant pendant qu'il rangeait le matériel et clôturait la plage. Cela nous offrait l'opportunité de discuter avec eux et d'entendre leur avis sur la façon dont la plage d'administration s'était déroulée. C'était un moment privilégié d'échanges et de partage de leur expérience dans le centre en général.

#### 2.4. Les réactions par rapport à l'observateur

Dans ce point, nous avons distingué les réactions face à l'observateur selon qu'elles provenaient des patients ou des soignants. En effet, outre le fait objectif qu'il s'agissait de deux groupes différents de par leurs rôles (patients versus soignants ou usagers versus 'gardiens du cadre'), cette distinction fut aussi établie car, si les réactions spontanées des premiers ont été notées au moment même, celles des seconds ont été récoltées avant et après les plages de traitement. En effet, l'équipe nous faisait part de ses commentaires au moment où nous leur annoncions que nous allions venir dans les cabines mais aussi lors du débriefing.

- ***De la part des patients***

Notre présence a suscité trois types de réactions auprès des usagers :

- l'indifférence : ils nous saluaient poliment en entrant ;
- l'étonnement : « Qu'est-ce que vous faites là ? Vous venez renforcer la surveillance ? » ;
- la plaisanterie : « Vous venez fumer avec nous ? », « Moi, j'partage pas, hein ! »
- la curiosité : « Pourquoi vous êtes dans les cabines ? », « C'est quoi que vous notez ? » ;
- la bienveillance : à la veille du week-end de Pâques, chaque patient avait reçu un petit sachet d'œufs en chocolat et beaucoup m'en offrirent.

Il n'est arrivé qu'une seule fois que nous ressentions une certaine animosité. Alors qu'un patient sortait de la cabine, il nous tendit le matériel à vérifier par le personnel soignant. Comme nous le refusions en lui expliquant que ce n'était pas à nous qu'il fallait le donner, il nous regarda avec dédain et nous dit : « *Vous pourriez quand même le faire : c'est pas un travail difficile !* » Ces paroles étaient assénées fortement comme si elles ne nous étaient pas vraiment destinées mais plutôt aux membres de l'équipe soignante présents à ce moment-là.

- ***De la part de l'équipe soignante***

Si, dans un premier temps, l'annonce de notre venue en cabines provoqua un certain malaise parmi l'équipe soignante, celui-ci fut justifié par une première expérience où, selon les soignants, des patients émirent des rouspétances par rapport à ce fait, se sentant « comme des cobayes ». Il faut dire que lors de cette première observation, nous n'étions pas seule à regarder et à prendre des notes puisqu'un journaliste était également présent ainsi qu'une autre chercheuse. De plus, le climat était tendu car un des usagers venait de sortir de prison et des patients étaient sollicités pour faire une autre enquête basée sur des prises de sang. Enfin, c'était au tout début du projet et le personnel n'était pas encore très aguerri et n'avait donc aucune envie d'être observé également. On nous posa d'ailleurs de multiples questions sur l'objectif de ces observations et nous avons pu parfois sentir cette crainte de la part de certains soignants que notre venue ne soit intrusive à leur égard. Toutefois, les séances d'observation qui suivirent ne posèrent jamais de problème et, selon les soignants, n'occasionnèrent aucun commentaire de la part des patients. En outre, certains membres de l'équipe, opposés à ce type d'observation, avaient entre temps quitté le centre DAM pour d'autres raisons. De notre côté, nous avons toujours pris soin d'avertir à l'avance l'équipe en place et l'avons impliquée dans le processus en lui demandant son avis quant à la plage privilégiée et la position à adopter dans les cabines. Au final, lors des débriefings après les plages, plusieurs soignants allèrent jusqu'à exprimer leur contentement que nous ayons pu voir telle ou telle chose, assister à tel ou tel événement, en espérant ainsi être confortés et soutenus face aux difficultés dans leur travail : leurs tâches multiples et leur délicate mission de surveillance. Une infirmière nous dit aussi qu'elle regrettait même que ces observations ne soient pas plus systématiques car elle avait l'impression que les personnes extérieures au projet ne se rendaient pas bien compte de ce qu'ils accomplissaient au quotidien. C'était le moment aussi où ils répondaient à nos questions et nous expliquaient volontiers certaines règles de fonctionnement du centre.

### 3. Résultats

Après la transcription des notes prises durant les observations, nous avons traité toutes les données à l'aide du logiciel NVivo 9<sup>4</sup>. C'est grâce à cette analyse qualitative que nous avons pu établir trois catégories principales au niveau des sujets abordés. Dans ce qui suit, nous évoquons d'abord ce qui a un rapport avec le centre DAM comme son positionnement géographique ou les règles qui le régissaient. Viennent ensuite les propos concernant les patients et enfin, ceux relatifs au personnel soignant.

#### 3.1. Le centre DAM

Nous commençons ce point par situer le centre dans le quartier dans lequel il a été implanté afin de bien comprendre le contexte urbain de sa localisation. Nous commentons ensuite le plan de l'intérieur du centre tel qu'il était perceptible par les patients et nous détaillons le chemin parcouru par ceux-ci. Ensuite, étayant de photos notre propos, nous voyons la configuration des locaux d'administration. Nous passons aussi en revue quelques règles en vigueur dans le centre telles qu'elles ont été énoncées en notre présence. Enfin, ayant passé beaucoup de temps dans ces locaux, nous évoquons aussi l'atmosphère de l'endroit et l'ambiance générale qui y régnaient, telles que nous les avons ressenties.

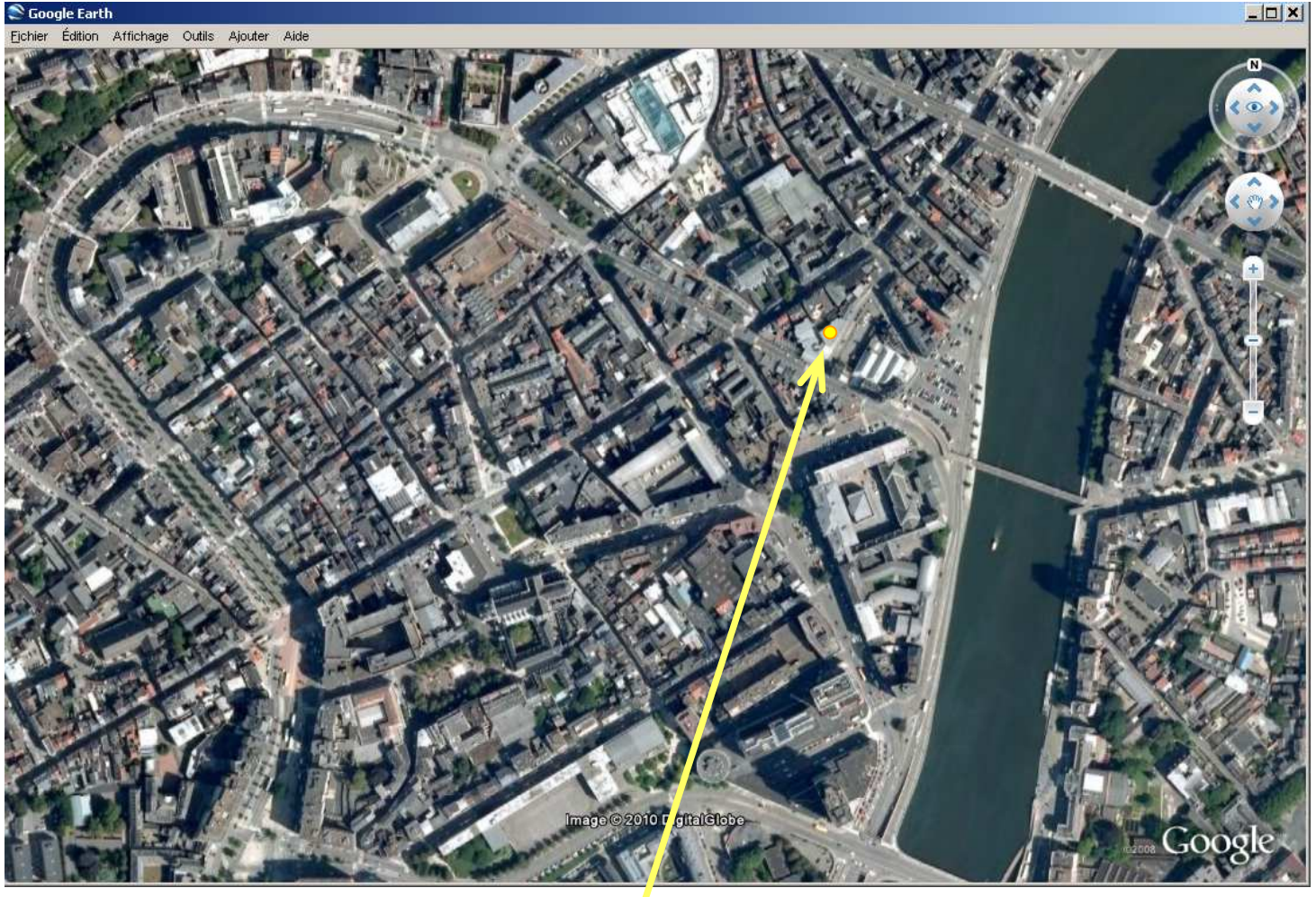
---

<sup>4</sup> Un logiciel d'analyse de données qualitatives, comme des transcriptions d'interviews ou de notes.



- **Localisation géographique du centre DAM**

Le centre était situé au cœur de la ville de Liège, à cinq minutes de marche de l’Hôtel de Ville et de la place Saint-Lambert où se trouvaient une gare des bus et une gare ferroviaire. Il a été installé dans un bâtiment qui abritait auparavant les rotatives de l’ancien journal « La Wallonie ».



**Fig.1.** Le centre DAM au cœur de la ville

Une partie des bâtiments était occupée par un commissariat (installé en mai 2010, huit mois avant l'ouverture du centre DAM) et l'était d'ailleurs toujours au moment de la rédaction de ce rapport final. Les locaux du centre étaient séparés du commissariat et aucun policier ne pouvait y passer. L'accès pour les patients était aussi éloigné que possible afin qu'ils puissent rentrer sans être vus par les policiers se trouvant à l'intérieur de leurs bureaux.



**Fig. 2 : Locaux du centre DAM (à droite) conjoint au commissariat**

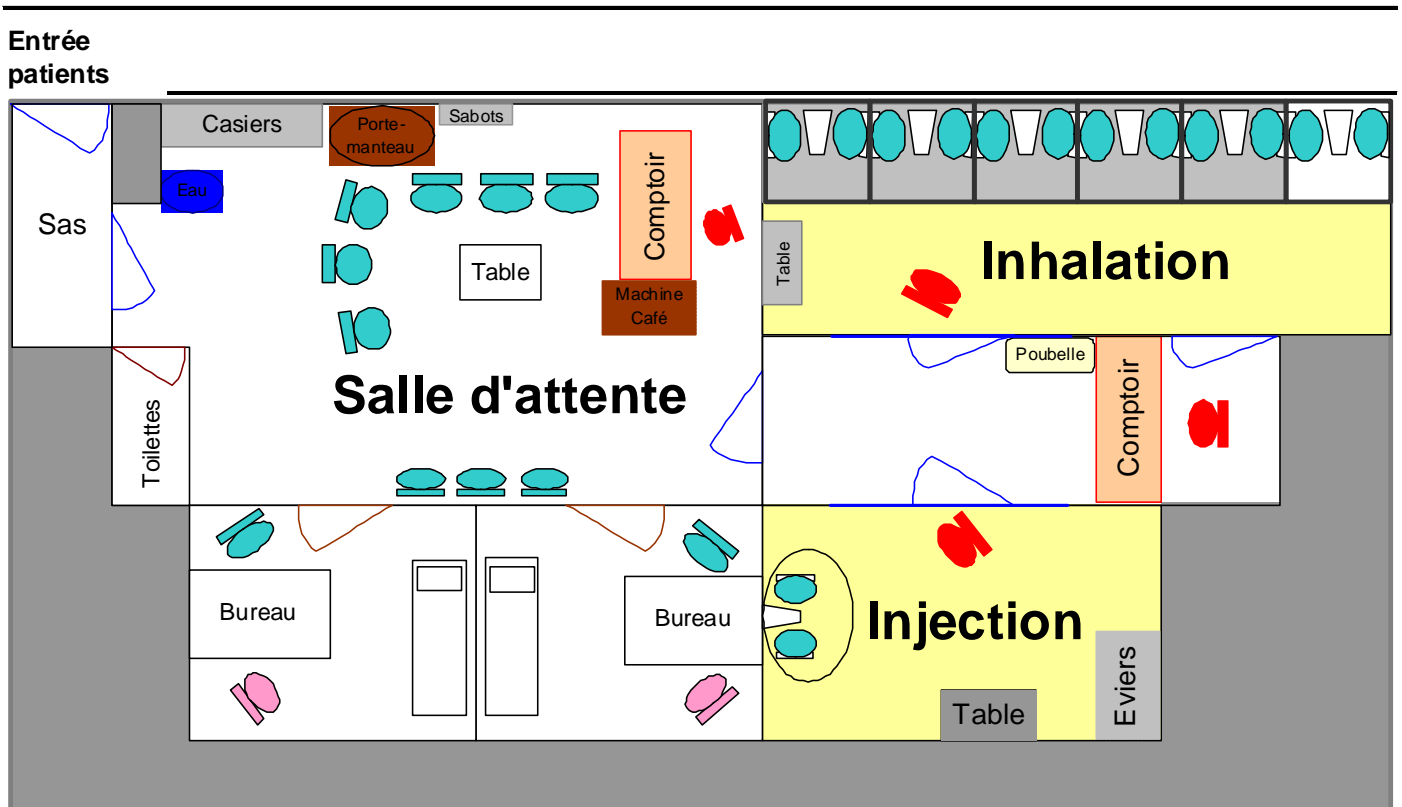
Les locaux du centre étaient constitués de containers disposés dans un vaste espace de neuf mètres de hauteur. Ils étaient noirs à l'extérieur mais l'intérieur était entièrement blanc. Chacun d'eux était aménagé en fonction des besoins particuliers et des missions qu'il devait remplir : salle d'inhalation, salle d'injection, bureaux de consultation médicale ou autre.



**Fig.3 : Vue de l'arrière des containers disposés dans salle (ce couloir était inaccessible aux patients).**

- **Plan du centre**

Les locaux accessibles aux patients se composaient, comme indiqué sur la fig.4, d'une porte d'entrée extérieure, d'un sas de sécurité, d'une seconde porte d'entrée et d'une salle d'accueil à partir de laquelle les personnes pouvaient accéder aux toilettes, de deux bureaux de consultation ainsi que d'une partie destinée à l'administration de la diacétylmorphine. Cette dernière partie était elle-même scindée en trois zones distinctes : un couloir central au fond duquel se trouvait le comptoir de distribution de la diacétylmorphine et qui ouvrait, de part et d'autre, sur une salle d'injection et une salle d'inhalation.



**Fig. 4 : Partie du centre accessibles aux patients**

- **Description des locaux accessibles aux patients**

Une fois passés la porte d'entrée principale et le petit sas de sécurité, les patients franchissaient une seconde porte pour pénétrer dans la salle d'accueil. Celle-ci était très haute de plafond (9 m) et le mur côté rue était entièrement constitué de grandes fenêtres (voir fig.2) dont le bas était translucide. Etant donné qu'il n'y avait ni isolation thermique, ni système de chauffage, il y faisait très froid en hiver et très chaud en été. Ces températures étaient parfois extrêmes pour un environnement de travail. Ainsi, les fortes chaleurs ont parfois contraints l'équipe à outrepasser les règles de sécurité et à laisser grandes ouvertes des portes généralement closes (avec l'accord de leur hiérarchie).

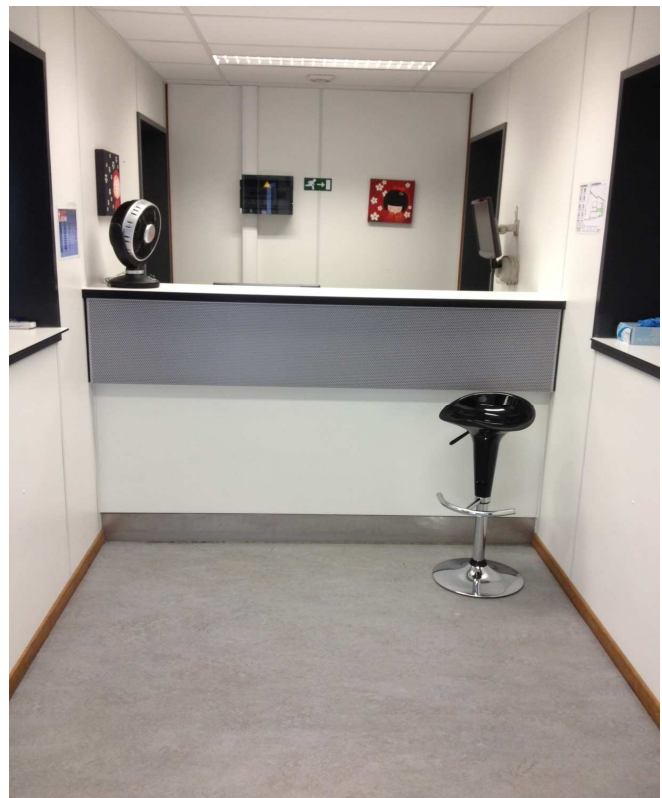
L'aménagement de cette pièce était sommaire et fonctionnel : une fontaine à eau (gratuite), des casiers individuels fermés à clé, un panneau d'affichage, un porte-manteau, une étagère à

mini-casiers (sabots), quelques chaises entourant une petite table basse garnie de magazines, une machine à café (payant) et un comptoir pour le personnel. Comme expliqué précédemment (voir fig. 4), à partir de cette salle, les patients avaient accès aussi bien aux toilettes, qu'aux salles d'administration de la DAM ou aux bureaux de consultation. Ces derniers servaient aux médecins pour leur consultation ou aux infirmiers et aides soignants pour les entretiens individuels ou encore aux chercheurs pour les entretiens d'évaluation des patients.

Les toilettes étaient séparées par une porte qui était toujours verrouillée. Les patients le désirant devaient demander la clé à la personne de l'accueil. Pour des raisons de sécurité (malaise d'un patient par exemple), cette porte comportait une ouverture sur le dessus et le dessous. Il n'y avait qu'une seule toilette commune aux hommes et aux femmes et elle était munie d'une simple cuvette entièrement en inox et sans planche. Dans un petit sas précédant les toilettes se trouvait l'évier.

Les deux locaux de consultation étaient aménagés en parfaite symétrie et comportaient une table de bureau, un lit d'examen médical (dont l'un était équipée d'un système pour les visites gynécologiques), une ou deux chaises visiteurs, une chaise de bureau, un lave-main, un porte-manteau et un container à déchets médicaux.

Quant à la partie dédiée à l'administration de diacétylmorphine, elle était séparée en trois pièces distinctes, les portes étaient closes la plupart du temps. Les patients pénétraient dans cette partie par un couloir au fond duquel se trouvait le comptoir de distribution de la DAM (voir fig. 5). Derrière celui-ci se trouvait un écran de surveillance diffusant les images des différentes caméras placées à l'extérieur du centre mais aussi à l'intérieur. A l'origine, pour protéger le personnel et éviter les vols de diacétylmorphine, une vitre avait été prévue sur le comptoir. A la demande des soignants, dans un souci de contact avec les patients, cette vitre ne fut finalement pas placée mais, en revanche, le comptoir fut conçu haut et large.



**Fig. 5** : Couloir central et comptoir de distribution de la diacétylmorphine



Peu après la porte d'accès, une ligne noire avait été tracée sur le sol, un peu avant le milieu (voir fig. 6) : c'était la ligne derrière laquelle les patients devaient attendre avant d'aller chercher leur diacéylmorphine au comptoir car il leur était interdit de s'y présenter à plusieurs simultanément. On nous a précisé que cette règle était généralement bien respectée.

**Fig. 6: Ligne de démarcation**

De part et d'autre de ce couloir, des parois partiellement vitrées laissaient voir la salle d'injection et la salle d'inhalation. La première (Fig.7) comprenait deux éviers munis d'eau chaude<sup>5</sup> dont l'un, proche du sol, était destiné à permettre aux patients de se laver les pieds avant de se faire une injection à cet endroit. Ils avaient le choix entre trois types d'aiguilles.



**Fig. 7 : Salle d'injection**

Au début du projet, cette salle était meublée de huit chaises et de quatre tables en inox. Après quelques mois de fonctionnement, étant donné qu'un seul patient inclus avait choisi

<sup>5</sup> L'eau chaude avait été installée pour des raisons d'hygiène mais aussi car cela permettait aux patients de dilater leur système veineux.

l'injection et qu'il quitta l'étude après quelques semaines, le personnel entreposa dans cet endroit une cabine fumeur de deux places et n'y garda qu'une seule table. Cette dernière a été utilisée pour les prises de sang et les soins divers que le personnel pouvait administrer aux gens fréquentant le centre. La cabine fumeur de cette salle était destinée à être utilisée en cas de maladie contagieuse ou de problème entre les patients. Toutefois, en pratique, son utilisation ne fut pas possible à cause du manque d'effectif pour la surveillance lors de la prise de diacétylmorphine.

La salle d'inhalation avait elle aussi subi quelques changements au fil du temps. En effet, au départ, elle avait été aménagée avec trois cabines fumeur de deux places en forme de demi-cercle.



**Fig. 8** : Cabine fumeur deux places

Toutefois, pour des raisons d'organisation pratique (entre autre parce que le temps accordé aux patients pour inhaler leur diacétylmorphine fut allongé de 20 à 30 minutes), on remplaça les trois cabines de deux places par deux cabines plus vastes installées l'une à la suite de l'autre.



**Fig. 9: Intérieur des cabines à 6 places**

Chacune était munie de trois tablettes entourées par deux tabourets totalisant ainsi six places par cabine. Comme elles étaient agrémentées de gros cendriers positionnés au centre de la table, le personnel décida de les enlever afin que les patients bénéficient d'un peu plus d'espace. En effet, les tablettes étaient étroites et donc peu pratiques pour y déposer le matériel pour inhaler la diacétylmorphine.



**Fig. 10 : Intérieur des cabines : tablette et tabourets**

Chaque cabine était fermée par deux portes coulissantes en plexiglas transparent et percées de trous d'environ 5 centimètres de diamètre sur la partie supérieure. Ce matériau créait un important effet miroir, entravant ainsi la surveillance des faits et gestes des patients.



**Fig. 11** : Extérieur des cabines

Les cabines étaient pourvues d'aspirateurs de fumée puissants intégrés dans la paroi murale et munis de filtres qui étaient changés tous les trois mois par une firme spécialisée.

Comme le passage à l'intérieur des cabines était étroit, les patients devaient se coller aux portes en plexiglas pour s'y déplacer sans heurter les autres personnes assises. Il est d'ailleurs arrivé que le ton monte car ces mouvements pouvaient déranger la prise de la diacéylmorphine (produit renversé notamment). De plus, étant donné le peu de place entre les tabourets, il était difficile pour les patients de s'asseoir en face à face et ils se positionnaient donc en biais, voire parfois carrément dos à la porte. Ce type de position pouvait également poser un problème au niveau de la surveillance.

Dans la salle d'inhalation, un espace permettant une circulation des personnes se trouvait face aux cabines. S'y trouvaient un container à déchets médicaux, des mini casiers individuels avec le prénom de chaque patient contenant du matériel utile pour l'inhalation et une table en inox supportant des produits d'entretien. Dans cet espace, le personnel soignant procédait à la surveillance et nous avons pu y faire nos observations.





**Fig. 12 :** Dans l'espace devant les cabines :  
le conteneur et les sabots.



**Fig. 13 :** La table avec les produits  
d'entretien.

- **Règlement du centre DAM**

Dans la même optique que dans le reste du document, ne sont évoquées ici que les règles qui ont été citées ou explicitées par le personnel lors des observations réalisées. Il ne s'agit donc aucunement d'un rappel exhaustif des recommandations faites dans le protocole établi avant la mise en place du projet ou celles du règlement d'ordre intérieur créé par le personnel du centre. Ces règles énoncées visaient ainsi plusieurs domaines concernant tant les aspects pratiques inhérents au centre (comme par exemple l'heure des plages ou la durée pour inhaler la diacétylmorphine) que les aspects plus généraux et extérieurs (comme les accords avec la police notamment).

- **Avant la prise de la diacétylmorphine :**

- **Consommations parallèles :** Il y avait deux outils<sup>6</sup> pour vérifier si les patients avaient consommé des substances pouvant interagir avec la diacétylmorphine :

- 1) Un éthylomètre était parfois exigé. Une procédure devait être utilisée en cas de résultat positif avec une diminution du dosage de diacétylmorphine. Si l'alcoolémie se situait entre 0,7 et 1,3, la dose de DAM était divisée par deux. Si le taux dépassait 1,3, il n'y avait pas de diacétylmorphine accordée. Il arriva d'ailleurs que ce fût le cas. Toutefois, les patients qui étaient connus comme ne buvant pas ne devaient plus passer le test. Ceux qui avaient un résultat positif pouvaient attendre jusqu'à la limite de la plage pour (re)passer l'éthylotest.

<sup>6</sup> Le chapitre Efficacité décrit en détail le résultat des éthylotests et le nombre d'intoxications notées dans les dossiers infirmiers.

2) Il était aussi prévu par le R.O.I. un contrôle de l'état d'intoxication des patients grâce à une échelle d'intoxication, c'est-à-dire une évaluation de l'état du patient basée sur des critères objectifs : myosis, mydriase, instabilité motrice, logorrhée et ce, sur une échelle de 1 à 6<sup>7</sup>. Si le patient atteignait 3, il ne recevait que la moitié de la dose de DAM prévue pour lui. Au-delà de 3, il ne pouvait recevoir de DAM. Il n'y avait toutefois aucune sanction en cas de consommations parallèles. Cette diminution de la dose de diacétylmorphine était vue comme une précaution pour éviter une aggravation de l'état d'intoxication du patient pouvant conduire à une overdose. Cependant, nous ne savons pas comment les patients vivaient cette diminution.

- **Objets personnels** : Tous les objets personnels comme les vestes et manteaux, les sacs et les téléphones portables devaient être laissés à l'accueil soit dans un casier individuel fermé à clé, soit au portemanteau : c'était aux patients de choisir. Il est cependant arrivé de nombreuses fois que les patients rentrent dans les cabines avec leur téléphone notamment pour écouter leur propre musique, ce qui était autorisé. Ils ne pouvaient toutefois pas prendre de photo ni décrocher en cas d'appel.

- *Au niveau de l'administration de diacétylmorphine :*

- **Horaires** : Les patients ne pouvaient rentrer dans le centre DAM que durant les plages horaires proposées : de 07h30 à 09h30, de 12h à 14h et de 16h30 à 18h30. Les derniers entrants étaient acceptés une demi-heure avant la fermeture des portes. Ceux qui le désiraient pouvaient ne venir qu'une ou deux fois par jour, avec l'accord de l'équipe médicale.
- **Inhalation** : Il était interdit de fumer « à la coulée » c'est-à-dire de disposer une longue ligne de diacétylmorphine sur l'aluminium pour la brûler d'un coup. En effet, cette technique augmentait le risque de détournement du produit qui, avec cette méthode, pouvait caraméliser et être facilement récupérable sous les ongles. Il avait donc été explicitement demandé aux patients de fumer « à la tache », c'est-à-dire en disposant des petits tas de poudre sur l'aluminium et en les inhalant au fur et à mesure.
- **Temps d'inhalation** : Il était prévu par le protocole que les patients pouvaient prendre jusqu'à 30 minutes pour inhaler leur diacétylmorphine voire même jusque 40 minutes au-delà d'une certaine quantité. Toutefois, contrairement à cette recommandation et à celles, insistantes, de l'équipe de recherche, le centre DAM a limité la durée d'inhalation à 20 minutes. Ce n'est que fin mars 2011, suite aux nombreuses plaintes de l'équipe de recherche et des patients, que fut accordé un délai de 10 minutes supplémentaires à qui le désirait.

<sup>7</sup> Voir le chapitre Efficacité pour plus de détails sur cette échelle.

- *Après la prise de diacétylmorphine :*

- **Matériel :** Les patients devaient rendre l'entièreté du matériel utilisé au personnel soignant. Ce matériel était soumis à un double contrôle car il était vérifié une première fois dans la salle d'inhalation sur le moment-même et ensuite, une fois par semaine, le container, où le matériel usagé était jeté, était vidé et tout était retrié. Tous les sachets étant numérotés, le personnel pouvait vérifier que tout avait été bien rendu car ils savaient exactement ce qui avait été donné et à qui en fonction du numéro du sachet, du nom du patient, de l'heure et de la date inscrits dans le registre du pharmacien.
- **Salle d'accueil :** Les patients étaient normalement obligés de rester une dizaine de minutes à l'accueil après avoir inhalé leur diacétylmorphine selon les règles du centre DAM. Toutefois, étant donné le manque de personnel, il était très difficile d'avoir un contrôle complet sur les personnes présentes dans la salle et de faire appliquer cette règle à la lettre.

- *En dehors de l'administration de la diacétylmorphine :*

- **Méthadone :** Les médecins du centre DAM prescrivaient de la méthadone pour passer la nuit aux patients qui le souhaitaient. Celle-ci était gratuite et délivrée extra muros en pharmacie. Malgré cela, les patients refusaient souvent de prendre de la méthadone en plus de la diacétylmorphine.
- **Véhicule :** Il était strictement interdit aux patients de conduire un véhicule motorisé après la prise de diacétylmorphine.
- **Grossesse :** Un test de grossesse était réalisé mensuellement chez les patientes.
- **Police :** En cas d'arrestation d'un usager du centre, un accord avec la police avait été conclu : le premier jour, la personne pouvait venir prendre sa diacétylmorphine après 18h tandis que les policiers restaient à l'accueil. Le lendemain, le patient pouvait venir au centre prendre de la méthadone et ce, à titre exceptionnel.
- **Ambiance et atmosphère des cabines d'inhalation**

Après l'analyse qualitative globale des observations réalisées, nous avons constaté que tout ce qui touchait à l'ambiance et l'atmosphère de l'endroit occupait une place importante dans nos notes. En effet, quel que soit le moment de l'observation, il était difficile de ne pas être touchée par cet environnement. C'est ainsi que nous avons relevé aussi bien des événements positifs que négatifs ou même neutres<sup>8</sup>.

De façon générale, nous pouvons dire que chaque fois que nous étions présente dans la salle d'inhalation, nous nous trouvions dans un cadre agréable et dans une ambiance bon enfant. L'atmosphère ressemblait à celle d'une brasserie où les gens se connaissent, s'apprécient et sont contents de se retrouver. Ils se saluaient chaleureusement, discutaient ensemble et riaient

<sup>8</sup> Nous qualifions de 'neutres' toutes observations qui ne semblaient créer ni ambiance positive, ni ambiance négative et ce, que ce soit du point de vue des patients ou des soignants.

volontiers et ce, même si chacun essayait (dans la mesure des possibilités qu’offraient les cabines) de s’asseoir avec un autre patient selon leurs affinités.

Généralement, il faisait bruyant dans les cabines, à cause d’un cumul de sons divers : aspirateurs de fumée, air conditionné, musique provenant d’un poste de radio et propos échangés. Nous avons notamment assisté à des discussions très animées sur des thèmes aussi variés que le sport, le sevrage, la lecture de la Bible, l’informatique ou le fait de gagner au Lotto. Des sujets comme ce dernier amenaient une forte participation aux conversations. Cependant, certains patients bien sûr préféraient l’isolement systématique en écoutant leur propre musique à l’aide d’écouteurs intra-auriculaires, d’autres se concentraient sur les effets du produit ou étaient trop intoxiqués pour prendre part aux conversations.

Ces conversations n’étaient pas réservées qu’aux patients. En général, il y avait un véritable échange entre ces derniers et le personnel. Il arrivait même que la discussion ne se fasse qu’entre un patient et un soignant. Il pouvait s’agir de demandes de conseils ou d’un avis. Par exemple, quelqu’un a débarqué un jour très excité dans les cabines car il venait d’apprendre une grande nouvelle qu’il avait visiblement très envie de partager avec tout le monde : il avait retrouvé la trace de sa sœur qu’il n’avait plus vue depuis de nombreuses années et voulait lui offrir quelque chose à l’occasion de leurs retrouvailles prochaines. Du coup, il sollicitait ardemment les conseils de l’infirmière présente pour qu’elle lui trouve une idée de cadeau. Il ne tenait pas en place et, malgré la discussion qu’ils avaient ensemble à travers la paroi en plexiglas, elle devait sans cesse le recadrer pour qu’il reste assis.

Même si ce type de recadrage était assez courant et que certaines affiches (voir fig. 14) rappelaient aux plus réfractaires quelques règles élémentaires à respecter, nous avons pu voir que le processus d’administration de la diacétylmorphine était bien rodé et le règlement souvent bien suivi. Cela nous fut d’ailleurs confirmé lors des débriefings réalisés avec le personnel après les plages.



**Fig. 14:** Une des affiches du centre

Toutefois, un problème persistait : celui du temps imparti aux patients pour inhaler leur diacétylmorphine. En effet, vingt minutes leur était accordées à l’ouverture du centre mais

suite aux nombreuses plaintes des patients, à l'insistance de l'équipe de recherche et aux tensions que cela suscitait, un surplus de dix minutes leur fut alloué. Au-delà de ce délai, la poudre de diacétylmorphine qui n'était pas fumée leur était enlevée. Comme ces 30 minutes ne suffisaient pas pour certains patients, ils devaient se dépêcher et se concentrer pour être le plus efficace possible. Ce temps limité fut aussi la cause de tension chez le personnel soignant qui s'est vu assigner, en plus de son rôle de surveillant de l'administration de diacétylmorphine, un rôle de 'gardien du temps'. Cela nécessitait toute une organisation et un contrôle rigoureux du minutage de chaque prise de diacétylmorphine. Le personnel prévenait parfois le patient du temps qu'il lui restait. Pour certains patients, les soignants se devaient même de les encourager et de les réveiller lorsqu'ils piquaient du nez<sup>9</sup>.

En ce qui concerne le risque d'intoxication, le matériel des cabines étaient bien adapté : d'une part, les tabourets n'ayant pas de dossier, le personnel pouvait facilement vérifier la tonicité des patients à tout moment et d'autre part, chaque tablette était surmontée d'une lampe qui se déclenchait automatiquement en cas de mouvement et qui s'éteignait dès que quelqu'un restait trop longtemps immobile.

L'ambiance des cabines était aussi influencée par les réactions des patients suite à la prise de la diacétylmorphine. Ainsi, si la plupart s'endormaient, paradoxalement, d'autres manifestaient de plus en plus de signes d'excitation : haussement de la voix, rire bruyant, agitation motrice. Il est d'ailleurs arrivé que le personnel doive recadrer un patient en lui demandant de s'asseoir et de prendre garde à sa diacétylmorphine. De fait, la promiscuité des lieux ne laissait pas de place à la turbulence.

Si l'ambiance était conviviale, les soignants manifestaient cependant une volonté de garder une distance. En effet, les patients tutoyaient ces derniers et les appelaient par leur prénom mais la réciproque n'était pas d'application : tous les patients étaient vouvoyés et seul leur nom de famille était utilisé.

La politesse était de mise et l'ambiance était généralement positive mais nous avons malgré tout constaté qu'il suffisait d'un rien pour que cela bascule. Parfois, un haussement de ton, une remarque déplacée, un recadrage jugé injuste ou un sujet délicat déclenchait une réponse teintée d'agressivité de la part de certains patients. Le personnel devait alors parfois hausser le ton à son tour et remettre des limites tout en gardant son calme, ce qui était fait avec beaucoup de diplomatie. Il est ainsi arrivé qu'un patient rentre très en colère. Lorsqu'il reçut son sachet de diacétylmorphine, il commença à le fumer pour ensuite préférer prendre le reste en le sniffant<sup>10</sup> (par voie nasale). L'infirmier présent ne fit aucun commentaire sur le moment mais nous expliqua plus tard qu'il avait préféré ne pas intervenir au vu de la tension très forte qui régnait dans la cabine à cet instant. Pour nous, observateur, c'est grâce à ce genre de situation

<sup>9</sup> 'Piquer du nez' est l'expression communément utilisée aussi bien par le personnel que par les patients pour décrire un patient lorsque celui-ci, intoxiqué par une substance (la diacétylmorphine dans notre cas), s'endort assis, la tête tombant doucement vers l'avant.

<sup>10</sup> Le 'snif' était toléré par le règlement interne mais non encouragé.

et à bien d'autres encore que nous avons pu constater à quel point ce cadre positif était en fait un équilibre fragile, équilibre savamment entretenu par l'équipe et conservé grâce à la bonne volonté des patients. Ainsi, alors qu'un jour un patient un peu turbulent avait renversé sa diacétylmorphine sur le sol et qu'il se précipitait pour la ramasser à quatre pattes sous la table, l'infirmier présent intervint vertement et lui demanda de se rasseoir, exaspéré car le patient avait déjà renversé plusieurs fois son sachet de diacétylmorphine (il nous l'expliqua lors du débriefing). Comme le patient concerné avait de la difficulté à rester calme et continuait de s'agiter, un autre dans la même cabine intervint et lui demanda de baisser le ton et de rester en place, arguant le fait qu'il dérangeait tout le monde : aussitôt, le calme revint.

### 3.2. Les patients

Dans cette partie, nous avons choisi de décrire le cheminement des patients dans le centre ainsi que la façon d'inhaler leur diacétylmorphine, leurs propos ou encore leurs mouvements.

- *Avant l'inhalation*

Dans le centre DAM, peu avant l'heure de la plage de traitement<sup>11</sup>, nous commençons à entendre la sonnette d'entrée retentir. Il y avait d'ailleurs parfois un rassemblement sur le pas de la porte. Le personnel soignant attendait toutefois qu'il soit exactement l'heure d'ouverture pour laisser entrer les patients. Ceux-ci pénétraient alors dans le sas et ensuite directement dans la salle d'accueil où l'on assistait à la formation de deux groupes distincts : le premier se ruait sur la porte d'entrée des salles d'administration tandis que le second se précipitait vers le comptoir. Là, quelques-uns demandaient une clé pour pouvoir déposer leurs affaires personnelles dans un casier prévu à cet effet. D'autres se contentaient d'accrocher leur veste à un porte-manteau. D'autres encore prenaient le temps de se servir un gobelet d'eau à la fontaine mise à leur disposition. Certains discutaient avec le personnel soignant qui se trouvait derrière le comptoir. Enfin, quelques-uns se voyaient contraints à souffler dans un éthylomètre.

Une fois ce passage par le comptoir d'accueil effectué, les patients se dirigeaient vers la porte vitrée donnant accès aux salles d'administration (Fig. 4). Un membre du personnel soignant installé derrière le comptoir actionnait l'ouverture de la porte. Si les patients étaient plusieurs, ils devaient attendre derrière une ligne noire tracée au sol un peu avant le milieu du couloir séparant la salle d'injection de la salle d'inhalation. Lorsque venait leur tour, ils allaient au comptoir prendre le sachet contenant leur dose de DAM mais aussi le matériel pour pouvoir fumer (voir Fig. 15).

---

<sup>11</sup> Pour rappel, il y avait trois plages de traitement par jour dans le centre DAM : une première de 07h30 à 09h30, une seconde de 12h à 14h et une dernière de 16h30 à 18h30.

- ***Pendant l'inhalation***

Chaque patient qui avait obtenu sa diacétylmorphine était alors autorisé à rentrer dans la pièce où se trouvaient les cabines d'inhalation. Avant de s'y installer, il allait chercher dans son mini-casier marqué de son prénom (appelé 'sabot' par le personnel) du matériel utile pour l'inhalation de la DAM : un papier cartonné pour déplacer la poudre sur la feuille d'aluminium, un morceau de plastique pour gratter l'entièreté de celle-ci hors du sachet et une paire de ciseaux à bouts ronds pour couper le sachet.

Les patients entrant prenaient garde à refermer correctement la porte coulissante de la cabine derrière eux. Ils ne pouvaient pas s'installer n'importe où : ils devaient obligatoirement prendre place dans la première cabine tant qu'elle n'était pas complète.

Une fois assis sur un tabouret, ils mettaient la petite feuille d'aluminium sur la table, devant eux. Ils ouvraient soigneusement le sachet de diacétylmorphine en le déchirant ou en le coupant avec les ciseaux et déposaient une partie de la poudre sur l'aluminium en faisant un petit tas. Ils veillaient à ne pas laisser de poudre dans les coins du sachet et les vidaient soigneusement. On pouvait observer des différences individuelles au niveau du matériel utilisé : certains se servaient d'un bout de papier pour prendre la poudre, d'autres fabriquaient eux-mêmes leur paille avec du carton fourni par le centre. Ils mettaient ensuite cette paille en bouche avant de soulever très précautionneusement la feuille d'aluminium sous laquelle ils allumaient leur briquet. La poudre ainsi chauffée produisait une fumée qu'ils aspiraient par la bouche à l'aide de la paille<sup>12</sup>. Pendant ce temps, ils se positionnaient de biais par rapport au filtre mural afin que la fumée ne soit pas directement aspirée et recommençaient ainsi l'opération jusqu'à ne plus avoir de produit.

S'ils étaient au bout de leur premier sachet de diacétylmorphine et qu'ils avaient droit à un second, ils interpellaient les soignants pour leur réclamer la suite. Pour ce faire, ils les appelaient par leur prénom et soit, ils leur montraient le chiffre deux d'un geste de la main, soit ils leur demandaient explicitement le deuxième sachet. Quoi qu'il en soit, ils n'avaient pas besoin de quitter leur place : le sachet leur était directement amené.

En général, les patients ne laissaient pas de diacétylmorphine et, si nécessaire, ils se dépêchaient même de tout inhaler. Certains avaient parfois tendance à piquer du nez au cours de l'opération ou à la fin. Il est d'ailleurs arrivé que la lampe (munie d'un détecteur de mouvement) située au-dessus d'un patient s'éteigne du fait qu'il ne bougeait plus pendant un temps déterminé. Cependant, d'autres n'avaient même pas besoin de la totalité du délai imparti pour inhaler l'entièreté de leur dose de diacétylmorphine.

---

<sup>12</sup> Pour plus de détails, voir le point précédent (3.1.) concernant le règlement du centre DAM.

- **Après l'inhalation**

Lorsqu'un patient avait terminé, il rassemblait son matériel et sortait de la cabine. Là, il remettait immédiatement les objets utilisés pour l'inhalation (papier fin pour la fabrication éventuelle d'une paille, paille large en plastique, briquet, tous les morceaux des sachets de diacétylmorphine numérotés et répertoriés) au personnel soignant afin que tout soit vérifié par ce dernier. Si la personne avait des déchets (mouchoirs en papier, gobelet usagé,...), elle avait la possibilité de les jeter dans un container prévu à cet effet. Enfin, les affaires prises dans les mini-casiers personnels étaient à nouveau rangées dans ceux-ci. Une fois les mains libres, le patient se dirigeait vers la table placée à côté des cabines qui supportait des produits d'entretien. Il y prenait le nécessaire pour ensuite nettoyer sa tablette et son tabouret et ce, souvent avec application. Certains en profitaient pour se désinfecter les mains. Comme le centre ne comportait pas de miroir pour les patients, l'un ou l'autre demandait parfois au soignant présent s'il avait des traces noires sur le visage (ce qui pouvait arriver à cause de la fumée ou de l'aluminium brûlé). Une fois ces tâches terminées, le patient sortait de la salle d'inhalation pour rejoindre le couloir et la salle d'accueil. Certains patients quittaient les cabines visiblement intoxiqués (à savoir la démarche hasardeuse, les mouvements lents, les yeux mi-clos, le regard fixe et éteint). Si peu restaient dans la salle d'accueil préférant sortir le plus rapidement possible quel que soit leur état d'intoxication, d'autres aimaient y rester un moment, notamment pour papoter et boire un café.

### 3.3. Les soignants

Dans ce point, nous parlons uniquement de l'équipe soignante dans le contexte de travail qui était celui des plages de traitement. Pour ce faire, nous n'avons pas différencié les membres du personnel en fonction de leur diplôme. Cette absence de distinction fut volontaire pour les raisons suivantes : tout d'abord, il est arrivé que nous ne connaissions pas la qualification exacte de la personne en place ; ensuite, leurs rôles dans les cabines étaient souvent similaires et ce, qu'ils soient infirmiers, aides soignants ou éducateurs (nous n'avons pas rencontré de médecin dans ce contexte). Nous les désignons dès lors tous sous le terme de « soignants ».

Après l'analyse qualitative des notes prises pendant nos observations, nous avons établi deux types d'observations concernant l'équipe. Nous les avons classées par ordre décroissant du nombre de références enregistrées dans le logiciel NVivo9. C'est ainsi que nous parlons d'abord de ce que nous avons appelé les mouvements des soignants, c'est-à-dire tous leurs faits et gestes. Vient ensuite le regard qu'ils posent sur leur travail et sur le traitement à travers leurs commentaires et critiques formulés dans le cadre de ces observations (le chapitre Expérience des soignants dans le centre DAM reprend en détail le contenu d'interview du personnel du centre).



- ***Les mouvements du personnel soignant***

Une dizaine de minutes avant la plage de traitement, trois ou quatre membres de l'équipe soignante (selon les effectifs disponibles) arrivaient dans la partie du centre accessible aux patients. Chacun avait une mission préétablie et s'installait donc à la place convenue entre eux. C'est ainsi que l'un allait au 'comptoir de distribution de la diacétylmorphine' appelé par le personnel 'comptoir de distribution des traitements', un autre s'installait à l' 'accueil' et un dernier (ou deux) se rendai(en)t dans les cabines au poste de 'surveillance'. Une fois installés, dès qu'il était l'heure exacte et, après un rapide coup d'œil à la caméra de surveillance extérieure, l'un d'eux actionnait l'ouverture de la porte d'entrée afin que les patients puissent pénétrer dans le centre.

La personne à l'accueil devait ainsi gérer les arrivées et, avec celles-ci, la précipitation. En effet, tous les patients étaient pressés et voulaient rentrer dans la partie administration du centre pour inhaler leur diacétylmorphine dès que possible. Le soignant devait enregistrer sur un ordinateur le nom des personnes présentes et faire passer rapidement les éthylo-tests aux personnes susceptibles d'avoir consommé de l'alcool et dont le résultat était ensuite encodé. Il fallait en même temps donner les clés à ceux qui désiraient déposer leurs affaires personnelles dans un casier individuel. Une fois passées les premières arrivées, entre toutes ces actions pratiques, le soignant répondait aussi aux questions et demandes diverses de ceux qui avaient terminé de prendre leur diacétylmorphine et qui voulaient des renseignements sur des sujets aussi variés qu'une recherche de logement, une demande de prise de rendez-vous avec un médecin ou un centre partenaire, un coup de téléphone à donner, une demande d'entretien avec un soignant référent ou encore avoir une simple conversation. Autant dire que la personne à l'accueil était souvent débordée et qu'il lui était donc très difficile de contrôler l'état des patients sortants. Un exemple qui illustre bien cette problématique est le suivant : un jour, lors des arrivées, alors que nous nous trouvions dans la salle d'accueil, le soignant derrière le comptoir nous demanda les noms des personnes qui étaient rentrées dans la partie administration du centre car il n'avait pas eu le temps de les identifier.

Lorsqu'ensuite, les patients rentraient dans la partie 'administration', la personne derrière le comptoir de distribution de diacétylmorphine les appelait tour à tour pour leur donner leur sachet de DAM respectif ainsi que le matériel nécessaire pour l'inhalation.



**Fig.15 : Matériel pour inhaler donné au comptoir**

Dans ce couloir ou dans l'espace longeant les cabines, un troisième soignant (muni de gants en plastique<sup>13</sup>) prenait note de qui arrivait et de quand il arrivait et ce, à la minute près afin de vérifier pour chacun le temps imparti pour fumer. Pendant la prise de diacétylmorphine, le contrôle était très rigoureux pour les patients parfois problématiques. Pour les autres, il y avait juste un rappel dix minutes avant la fin et un second un peu plus tard. Hormis ce contrôle horaire, le soignant devait aussi surveiller les patients à deux autres niveaux : au niveau de leur état physique (vérifier que personne ne faisait un malaise ou n'était trop intoxiqué) et au niveau du détournement de diacétylmorphine. Toutefois, ce soignant ne se cantonnait pas à la surveillance. Etant physiquement présent près des cabines, il courait beaucoup pour gérer le plus efficacement possible les différents aspects de l'administration. Ainsi, il devait jongler non seulement avec la surveillance mais aussi avec l'inscription de l'heure précise de ceux qui arrivaient et la vérification du matériel remis par ceux qui partaient. Il y avait aussi une préoccupation constante que tout se passe au mieux et que l'ambiance ne dégénère pas. Il s'assurait du fait que les patients se concentrent pour venir à bout de leur dose tout en discutant avec eux. Il donnait le second sachet de diacétylmorphine à certains ainsi que du matériel neuf pour fumer si besoin. Dans ces deux derniers cas, le soignant devait systématiquement se rendre au comptoir pour se réapprovisionner. Au fur et à mesure que le nombre de patients augmentait, le ballet du personnel s'intensifiait et il était sans cesse en « mode multitâche ».

Enfin, une fois que tous les patients, prévus pour la plage, étaient bien arrivés, l'infirmier<sup>14</sup> qui se trouvait au comptoir de distribution de la DAM venait renforcer le poste 'surveillance' dans les cabines. Cette seconde présence fluidifiait les tâches en cours et permettait en général une meilleure gestion. Parfois, le soignant au comptoir quittait même son poste entre chaque arrivée de patient.

<sup>13</sup> La diacétylmorphine pouvait avoir un effet très irritant sur la peau.

<sup>14</sup> A cause de la proximité et de la manipulation de la diacétylmorphine, seuls les infirmiers pouvaient être présents à ce poste.

- ***Le regard des soignants sur leurs tâches et le traitement par diacétylmorphine***

Durant les observations, ce qui est avant tout ressorti, est le fait que l'équipe nous a non seulement fait part mais nous a aussi montré toute sa volonté d'établir un contact positif avec les patients, voire même une certaine relation de confiance et de l'attachement. Cette relation était envisageable pour eux parce qu'ils étaient pendant des mois tous les jours en contact avec les patients. Il y avait un souci de chaque individu, de ses problèmes physiques ou mentaux, du fait qu'il était présent ou absent, du fait qu'il aille mieux ou pas. Par exemple, lorsqu'un patient ne se présentait pas au centre DAM comme prévu, le personnel n'hésitait pas à l'appeler pour prendre de ses nouvelles et vérifier que tout allait bien. Cependant, cette relation n'était pas toujours simple à établir, notamment à cause de leur rôle de 'surveillant' dans les cabines (surveillance du temps pour inhaler et pour vérifier qu'aucun patient ne tente de détourner sa dose de diacétylmorphine).

Les soignants se montraient aussi très disponibles dans les cabines : ils veillaient ainsi au confort des patients, à la nécessité ou pas d'obtenir du matériel supplémentaire (nouveau briquet, nouvel alu), au fait qu'ils terminent bien leur dose de diacétylmorphine en leur rappelant le temps restant et ce, tout en discutant avec ceux qui le désiraient. Il y avait beaucoup de bienveillance de leur part et de l'empathie. Après les plages de traitement et lors des réunions d'équipe, le personnel partageait ses préoccupations et ses observations par rapport à l'état des patients : qui allait mieux, qui allait moins bien, comment ça se passait pour chacun. Souvent, ils nous faisaient des commentaires positifs par rapport au traitement et regrettaient la durée courte du projet.

Ce qui était difficile pour eux, par contre, était le manque de personnel. Cela rendait l'organisation des congés difficile et compliquait fortement les tâches de chacun : le soignant à l'accueil estimait n'avoir pas assez de temps pour gérer les patients entrants et sortants tandis que celui au comptoir devait se partager entre la distribution de la DAM et la surveillance en cabines. Enfin, le soignant dans la salle d'inhalation devait accomplir moult tâches en plus de la surveillance. Or, celle-ci était en plus rendue compliquée par la façon dont les patients étaient installés et par les reflets dans les portes des cabines. Les soignants s'accordaient à dire qu'en cas de problème grave (malaise, violence), une telle organisation eut été peu efficace. Par contre, lors des derniers mois, un certain ennui régnait dans le centre car les patients se faisaient de plus en plus rares et, les dernières semaines, les plages du matin et du midi furent même supprimées faute de participants. A ce moment-là, certains avouèrent trouver le temps long durant leur journée de travail.

## 4. Discussion

Dans ce point, nous analysons les résultats décrits précédemment. Cette analyse est un reflet des nombreuses discussions qui ont eu lieu au sein de l'équipe de recherche.

A l'extérieur du centre DAM, sur le trottoir, un rassemblement se formait parfois devant la porte car certains patients, notamment ceux sans abri, venaient avant l'heure d'ouverture du centre, parfois une demi-heure à l'avance. Ces patients regrettaient de devoir patienter dehors en attendant que les portes s'ouvrent. Leur attente pouvait entraîner des tensions et de l'impatience, notamment quand il pleuvait ou faisait froid.

A l'intérieur du centre, le fait que la salle d'accueil soit dans un grand espace vitré et non isolé la soumettait à de fortes variations de températures. Si les patients ne s'en plaignaient pas trop car ils ne faisaient qu'y passer, cette situation était beaucoup plus pénible pour le personnel soignant qui a parfois été contraint de travailler dans des températures extrêmes. Cet inconfort pouvait, à la longue, créer un malaise et être source de tensions chez les soignants. Quant à la partie sanitaire accessible aux patients, elle n'était pas totalement adaptée car elle ne comportait qu'une toilette unique destinée aussi bien aux hommes qu'aux femmes. De plus, par sécurité, cette toilette n'était constituée que d'une simple cuvette en inox comme celle prévue dans les établissements pénitentiaires. Si la nécessité d'un tel dispositif peut être comprise dans une prison (suicide, agression, détérioration volontaire du matériel), nous le comprenions nettement moins dans un centre de traitement comme le centre DAM. En outre, pour les mêmes raisons de sécurité, le centre ne comprenait aucun miroir pour les patients. Or, ceux-ci avaient besoin de se regarder avant de sortir du centre, ne fût-ce que pour vérifier qu'ils ne portaient sur le visage aucune trace liée à l'inhalation de diacétylmorphine.

Dans cette salle d'accueil, nous avons noté combien il était difficile pour le personnel de contrôler systématiquement l'état d'intoxication des patients entrants et sortants. En effet, comme la personne à l'accueil travaillait souvent seule dans la salle d'attente, il était compliqué pour elle d'être présente à la fois pour les patients entrants qui se précipitaient pour inhaler leur diacétylmorphine dès l'ouverture des portes, pour les patients sortants qui désiraient quitter les lieux le plus rapidement possible ainsi que pour d'autres qui restaient dans la salle et étaient en demande de services et de renseignements divers.

Dans la partie 'administration de diacétylmorphine', le personnel avait souligné le côté pratique du comptoir qui y était installé. Pour rappel, celui-ci avait été conçu haut et large afin d'éviter toute tentative de vol de la diacétylmorphine mais aussi pour sécuriser les soignants se trouvant à l'arrière. Ils appréciaient ce sentiment de sécurité tout en gardant un contact proche avec les patients puisqu'il n'y avait pas de vitre de séparation.

Pour les salles de consommation, une configuration de type panoptique<sup>15</sup> avait été recommandée par le protocole sur base des normes appliquées aux Pays-Bas pour les centres de traitement par diacétylmorphine<sup>16</sup> (voir le protocole et le chapitre Recommandations pour plus de détails). L'équipe de recherche avait insisté pour que la Fondation TADAM applique ce modèle pour permettre une surveillance optimum des patients et pour faciliter le travail des soignants. La Fondation a toutefois choisi un autre modèle qui permettait une installation rapide de locaux facilement déplaçables. Dans ce modèle, les cabines d'inhalation, leur conception et leur disposition ont suscité bien des critiques négatives. En effet, le personnel soignant déplorait non seulement l'inconfort des patients obligés de se positionner de biais pour ne pas se toucher les uns les autres, mais regrettait aussi cette disposition tout en longueur ainsi que les parois en plexiglas dont les reflets empêchaient de voir clairement l'intérieur. Ces différents éléments compliquaient la tâche des soignants et entravaient la surveillance des personnes qui inhalaient. De plus, l'exiguïté des lieux pouvait être aussi source de tensions car les patients assis rouspétaient lorsque d'autres patients passaient trop près d'eux en les touchant et en risquant ainsi de renverser leur produit. Lorsque ce genre d'incident arrivait, le personnel devait gérer les conflits qui s'en suivaient et qui ne seraient pas survenus dans un autre type de configuration. Cependant, ce type de disposition et de cabines utilisées dans la salle d'inhalation permettaient un contact direct entre l'équipe et les patients puisqu'il n'y avait pas de barrière physique entre eux. Cela favorisait les échanges et une proximité chers aux soignants<sup>17</sup>. En effet, aurait-on pu envisager tant d'empathie et de bienveillance de la part de l'équipe soignante dans un endroit configuré de façon panoptique avec le personnel dans une salle vitrée et sans contact direct avec les usagers ?

Quant à la salle d'injection du centre DAM, le fait d'y avoir entreposé une cabine fumeur de deux places nous semblait en inadéquation avec la réalité du fonctionnement de l'équipe. Comme le personnel se plaignait du manque d'effectif pour superviser la salle d'inhalation, il n'était pas réaliste d'imaginer pouvoir superviser en plus cette cabine située derrière le soignant qui surveillait déjà la salle d'inhalation. Toutefois, l'existence de cette cabine isolée pouvait jouer un rôle rassurant pour le personnel parfois inquiet face à un patient difficile.

Dans la salle dédiée à l'inhalation, le temps imparti aux patients pour prendre leur diacétylmorphine constituait une source de tension tant pour les soignants que pour ceux des patients pour qui ce délai était insuffisant. Ce délai insuffisant pouvait rentrer en contradiction avec le but du traitement qui était d'offrir à des usagers d'héroïne fortement dépendants un lieu sécurisé et contrôlé pour y consommer de la diacétylmorphine, en évitant les aléas liés à la recherche et à la consommation d'héroïne de rue. Pour les patients, l'administration de diacétylmorphine constituait un moment de détente, un instant de bien-être ou, à tout le moins, un intervalle temporel où un besoin premier était comblé. Ainsi, pour ceux qui avaient besoin de plus d'une demi-heure pour arriver à inhaler leur dose de diacétylmorphine, la

<sup>15</sup> Avec une salle de préparation vitrée donnant sur les salles d'administration ainsi que sur la salle d'attente.

<sup>16</sup> Pour plus de détails, voir le protocole et le chapitre 'Recommandations'.

<sup>17</sup> Le chapitre Expérience des soignants, basé sur des interviews du personnel, décrit en détail cet aspect.

situation pouvait devenir stressante. Si cet inconfort était notoire au niveau des usagers, il était également présent, dans une moindre mesure, chez les soignants. Cette mission de ‘gardien du temps’ qu’ils devaient jouer à longueur de plage en plus des autres tâches parallèles, les plaçait dans une situation complexe proche de la double contrainte. En effet, si l’équipe en place menait à bien sa mission en rappelant le temps restant à chacun, certains patients s’énervaient car cela les stressait. D’autre part, si l’équipe ne prévenait pas du temps restant, le personnel aurait dû reprendre la diacétylmorphine non consommée dans les temps et ces patients auraient été encore plus en colère contre le personnel. Ce rôle des soignants n’était donc pas bien considéré par certains usagers et cela, sans compter que ces soignants devaient aussi veiller qu’il n’y ait pas de détournement de produit. D’ailleurs, de façon spontanée, les usagers qualifiaient de ‘surveillants’ les soignants présents dans les cabines d’inhalation.

## 5. Conclusion

Au cours de ces observations, nous avons découvert que l'aspect convivial des relations entre soignants et patients n'était pas une évidence mais résultait d'une construction à laquelle participaient soignants et patients. Si nous avons déjà relevé combien les soignants adoptaient une attitude bienveillante et mettaient tout en œuvre pour que les plages de traitement se passent au mieux, il nous paraît important de souligner également la large contribution des patients à cette ambiance positive. Pourtant, les sources de tensions chez ces derniers étaient nombreuses. En effet, certains arrivaient au centre en état de manque et étaient donc impatients, nerveux et mal dans leur peau. D'autant plus que plusieurs patients, arrivant bien avant l'heure d'ouverture quelle que soit la météo, avaient attendu un certain temps devant les portes closes. De plus, des consommations parallèles d'alcool, de benzodiazépines et de cocaïne étaient courantes et pouvaient entraîner des réactions vives, parfois hostiles, sans compter que quelques patients souffraient également de troubles du comportement. Tous ces facteurs pouvaient expliquer la grande versatilité du côté des patients, tandis que les soignants tentaient tant bien que mal de rester équitables. Dans un tel contexte, la bonne qualité des relations était précaire : les patients pouvaient parfois vite s'énerver entre eux tout comme ils pouvaient être rapidement en colère contre le personnel soignant. L'atmosphère positive qui régnait dans les cabines d'inhalation n'était donc qu'un fragile équilibre où seules les capacités d'ajustement de chacune des personnes en présence permettaient la pacification du climat.