

17.06.13

Poursuivre un traitement de substitution par héroïne dans des unités de soins généraux: état des lieux et perception des soignants

Thierry Musset ¹, Barbara Rau ¹, Anne Francois ², Barbara Broers ²

¹ Direction adjointe des soins, Hôpitaux Universitaires de Genève

² Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève

Résumé

Des traitements de substitution basés sur la prescription médicale de diacétylmorphine (DAM, héroïne) existent en Suisse depuis 1994. Ils concernent un groupe de patients¹ spécifique, chroniquement dépendants des opiacés. A Genève, la prescription de DAM est poursuivie en cas d'hospitalisation à l'hôpital général. L'administration de ce traitement peut entraîner polémiques et incompréhensions pour certains soignants.

Les objectifs de cette étude sont de décrire les hospitalisations de patients en traitement de DAM entre janvier 2010 et décembre 2011 et d'identifier les perceptions des infirmiers impliqués dans ces situations de soin.

Méthode

Etude descriptive comportant un volet quantitatif reposant sur une analyse rétrospective des dossiers de soins et un volet qualitatif basé sur une analyse d'entretiens semi-dirigés menés avec 15 infirmiers.

Résultats et Conclusions

Entre janvier 2010 et décembre 2011, il y a eu 26 hospitalisations pour 20 patients différents. Aucun problème de type overdose ou vol de DAM n'a été documenté durant cette période.

La majorité des infirmiers reconnaissent l'impact positif de ce traitement sur la santé des patients mais considéraient que la procédure de gestion et d'administration de la DAM était relativement lourde. Ils relevaient l'importance de pouvoir se référer à un protocole clair et à un consultant spécialisé en addictologie.

Des divergences étaient observées sur le vécu des infirmiers lors de la remise du traitement, leur perception des effets de la DAM, de son statut et sur leurs représentations des patients.

Nous n'avons pas trouvé de liens entre les caractéristiques des infirmiers et ces perceptions.

Ce travail suggère que les patients bénéficiant d'une prescription médicale de DAM peuvent continuer à recevoir leur traitement en toute sécurité à l'hôpital général sous réserve de pouvoir se référer à un protocole clair et des collègues expérimentés

Mots clef

Traitement de substitution d'opiacés, diacétylmorphine, hôpital général, soignants

¹ La désignation des personnes s'entend aussi bien au masculin qu'au féminin

1. Introduction

En Suisse, les traitements de substitution par les opiacés (TSO) sont disponibles depuis 1975 (Loi fédérale sur les stupéfiants); leur nombre a augmenté dès 1991 avec une politique d'accès facilité. Dans la grande majorité des cas, ces traitements reposent sur la méthadone par voie orale. Fin 2005, plus de 16000 patients recevaient un TSO en Suisse ⁽²⁶⁾. A partir de 1994, ont été introduits des traitements de substitution basés sur la prescription médicale d'héroïne, ou diacétylmorphine (DAM), par voie intraveineuse ou orale. Ces programmes ont fait l'objet d'une première phase expérimentale jusqu'en 1996 ; le cadre légal nécessaire à leur poursuite posé en 1998 ⁽²⁾ puis confirmé en 2008 ⁽²⁰⁾.

Les critères d'admission dans le programme sont les suivants :

- avoir 18 ans révolus;
- être gravement dépendant de l'héroïne depuis deux ans au moins;
- avoir fait au moins deux tentatives, sans succès ou interrompues, dans une autre thérapie ambulatoire ou résidentielle reconnue
- présenter des déficits de nature somatique, psychique ou sociale imputables à la consommation de drogue (Manuel Traitement avec prescription d'héroïne, OFSP¹⁵).

Au regard de ces critères, les patients recevant un traitement de substitution de DAM présentent donc à leur entrée, une morbidité supérieure à celle des patients suivis dans des programmes plus conventionnels, de type méthadone ⁽²¹⁾. La moyenne d'âge est élevée pour des usagers de drogues (41 ans en 2010), certains ayant dépassé 70 ans. Ils sont plus fréquemment porteurs de virus VIH ou hépatites ⁽²¹⁾, et sont donc susceptibles d'être régulièrement hospitalisés dans des unités de soins somatiques.

Vingt-trois centres de dispensation médicale de DAM existent actuellement en Suisse ; ils démontrent une grande variabilité en file active, en composition d'équipe et en rattachement institutionnel ; deux d'entre eux sont situés dans des prisons. Dans la quasi-totalité des programmes, les patients prennent leur DAM dans leur centre de soins, entre 1 et 3 fois par jour, le « take-home » de la DAM n'étant pas autorisé.

Ces programmes démontrent un effet significatif sur la santé globale, l'intégration sociale et sur la diminution de l'usage de drogues illicites des patients ainsi que sur leur qualité de vie ^(3,9,25). Les bénéfices pour la santé publique sont représentés par la réduction des maladies transmissibles ⁽²⁴⁾ et pour la sécurité publique par une baisse de la délinquance d'usage et la disparition des scènes de la drogue ^(1,14). Enfin, leur coût-efficacité semble supérieur aux traitements de substitution basés sur la méthadone ^(5,19).

Actuellement, en Suisse, près de 1400 patients bénéficient de ce traitement ⁽²¹⁾. En Suisse romande, seule Genève dispose d'un centre de prescription médicale de DAM. Placé sous la responsabilité du Département de Psychiatrie des HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève), le PEPS (Programme Expérimental de Prescription de Stupéfiants) ouvert depuis septembre 1995, traite une cinquantaine de personnes.

Depuis 2001, lorsque ces patients sont hospitalisés dans les unités de soins somatiques des HUG, ils ont la possibilité de poursuivre le traitement de DAM, injectable ou per os, durant leur séjour. Pour une hospitalisation de plus de 72 heures, la responsabilité du traitement doit être reprise par le médecin chef du service concerné. Si ces hospitalisations restaient

anecdotiques il y a une dizaine d'années (6 par année en 2001 et 2002), leur nombre a progressivement augmenté pour atteindre en moyenne 13 hospitalisations par année en 2010 et 2011. Ce phénomène s'explique probablement par le vieillissement de cette population, déjà porteuse de nombreuses co-morbidités.

Lors de ces hospitalisations, les infirmiers sont amenés à commander la DAM à la pharmacie des HUG selon la prescription du médecin de l'unité après confirmation de la posologie par le médecin du PEPS. Ils préparent le traitement et supervisent sa prise, le patient pratiquant l'injection lui-même dans la plupart des cas. Nous avons constaté, dans notre pratique, que la remise de DAM est parfois difficile pour les infirmiers, même s'ils ont l'habitude de dispenser des traitements de substitution par voie orale (méthadone, buprénorphine) ou de la morphine à but antalgique. Ce traitement reste peu conventionnel et suscite des interrogations ou des craintes: troubles de la vigilance suite à l'administration du produit, symptômes psychiatriques de type délire ou hallucinations. Certains, à l'administration de produits « illégaux », peuvent se sentir « dealer en blouse blanche ».

En général, les usagers de drogues sont suivis dans des programmes de soins spécialisés, ou le personnel a bénéficié d'une formation spécifique en addictologie et/ou en psychiatrie. Les soignants, notamment les infirmiers, sont les piliers de la prise en charge des patients usagers de drogues au quotidien, maintenant une relation thérapeutique optimale et participant à la prévention des risques ou à la protection de la santé⁽²³⁾. Ces soignants sont donc sensibilisés à la clinique de l'addiction, au style de vie qui en découle et à la marginalité. Cela leur permet de développer des habiletés relationnelles utiles au suivi et à l'accompagnement de ces patients. Le rôle infirmier dans un programme de prescription de DAM repose avant tout sur sa capacité à mettre en place une relation d'aide adaptée, privilégie les notions d'empathie, de respect et d'écoute active dans un contexte de non-jugement ainsi que la capacité de prodiguer des soins et des conseils de santé adaptés au mode de vie de ces personnes^(7,23).

Les infirmiers des unités de soins somatiques n'ont en général pas cette formation ni cette expérience clinique avec les usagers de substances⁽¹³⁾. Des études montrent que les soignants, notamment dans les hôpitaux généraux, malgré les effets scientifiquement démontrés des programmes de prescription de DAM^(22,10), peuvent avoir des représentations négatives au sujet des consommateurs de drogues et éprouver des difficultés à prendre en soin cette population^(18,11). Ces professionnels ont parfois l'impression que ces patients ne sont pas de « vrais malades », en référence à une maladie supposément choisie et auto infligée dont les traitements seraient peu utiles. Les usagers de drogues sont fréquemment décrits par ces soignants comme des personnes impulsives et manipulatrices⁽¹⁶⁾.

Les seuls articles retrouvés dans la littérature médicale évoquant la remise de DAM en soins somatiques abordent la question dans un contexte d'antalgie ou de soins palliatifs en Angleterre⁽⁸⁾.

Il semble que ce sujet reste à investiguer, en particulier l'identification des perceptions des soignants et l'amélioration de leurs connaissances et compétences afin de proposer des soins de qualité à cette population spécifique.

Cette étude a comme objectifs de documenter les situations de soins de patients en traitement de substitution par DAM et d'identifier les perceptions des infirmiers impliqués dans ces situations de soins. Le but final est de développer des outils qui amèneront de nouvelles compétences chez des infirmiers n'ayant pas bénéficié d'une formation spécialisée en

addictologie et qui seront amenés à rencontrer des patients en TSO par DAM en raison de l'augmentation de l'âge et les nombreuses comorbidités de cette population.

Questions de recherche:

- Quelles sont les caractéristiques sociodémographiques des patients hospitalisés en soins généraux et bénéficiant d'un traitement de DAM ?
- Quels sont les motifs d'hospitalisations dans les unités de soins somatiques des patients en TSO par DAM?
- Quelles sont les perceptions des infirmiers au sujet de ce type de traitement?

2. Méthodologie

2.1. Contexte

Cette étude a été menée au sein des unités de soins somatiques des HUG dans lesquelles ont été hospitalisés des patients en TSO par DAM entre janvier 2010 et décembre 2011. Ces patients étaient tous au bénéfice d'un traitement prescrit dans le cadre du PEPS qui fait partie du service d'addictologie du département de psychiatrie des HUG.

2.2. Dessin de l'étude

Il s'agit d'une étude de type descriptive et exploratoire comportant deux volets. Le premier décrit les contextes d'hospitalisation de patients en TSO par DAM. Le deuxième, basé sur des entretiens avec des infirmiers des unités de soins somatiques impliqués dans ces prises en soins au cours des six derniers mois, examine leurs perceptions et leur vécu.

2.3. Collecte de données

2.3.1. Hospitalisations

Les dossiers de soins de tous les patients en traitement de substitution par DAM hospitalisés dans les unités de soins somatiques des HUG entre janvier 2010 et décembre 2011 ont été revus rétrospectivement. Toutes ces hospitalisations avaient été annoncées à l'investigateur principal. Les données suivantes ont été relevées:

- Caractéristiques personnelles et socio-administratives des patients
- Motif(s) d'hospitalisation
- Durée d'hospitalisation
- Posologie de DAM et co-médications
- Comorbidités, en particulier sérologies VIH et VHC
- Incidents liés à la gestion logistique du traitement de DAM (perte, vol ou détournement du produit)
- Incidents liés à la l'administration du traitement (malaise, surdosage)

Ces données ont été analysées de façon quantitative après avoir été anonymisées.

2.3.2. Perceptions des soignants

Les unités de soins dans lesquelles ont été hospitalisés ces patients ont été identifiées; 2 à 3 infirmiers de ces unités invités à participer à cette étude, de manière volontaire et confidentielle.

Mode de recrutement : après une présentation de l'étude dans chaque unité de soin identifiée, les infirmiers intéressés présentaient librement au co-investigateur leur candidature selon les critères suivants:

- Etre titulaire du diplôme d'infirmier
- Travailler en soins aigus aux HUG depuis au moins un an
- Avoir été directement impliqué dans la préparation du traitement de DAM et son administration au cours des derniers 6 mois

Etaient exclus les infirmiers qui bénéficiaient d'une formation en addictologie.

Des entretiens individuels semi-dirigés ont ensuite été réalisés avec les infirmiers retenus ; ils ont été menés par un co-investigateur, chargé de recherche et qualité, se sont déroulés dans une salle isolée de l'unité de soins et ont été enregistrés. Un guide d'entretien semi-dirigé (*table 1*), élaboré par le co-investigateur était utilisé pour explorer leurs perceptions de ces patients et les difficultés lors de la remise de la DAM, ainsi que les ressources nécessaires en cas de difficulté. Les données personnelles et professionnelles (âge, date du diplôme d'infirmier, parcours professionnel, formations post-grade) étaient également récoltées durant l'entretien.

Table 1. Guide d'entretien
<i>Racontez-moi votre dernière expérience avec la remise de DAM. Vous souvenez vous d'une situation particulière par rapport à la remise de DAM ?</i>
<i>Comment avez-vous été informé des modalités pratiques de la remise de DAM ? Avez-vous eu des difficultés particulières pour l'obtention, la préparation, l'administration et la surveillance du traitement ?</i>
<i>Qu'avez-vous pensé lorsqu'on vous a demandé de remettre de la DAM à un patient ? Avez-vous eu des sentiments particuliers lors de la remise de DAM ?</i>
<i>Avez-vous eu des difficultés particulières avec des patients usagers de DAM? Ces patients sont-ils différents ou similaires aux autres patients usagers de drogues ?</i>
<i>Avez-vous eu besoins d'aide (conseils, formation, protocoles) lors de ces situations ?</i>

Ces entretiens étaient retranscrits ad verbatim par une assistante expérimentée. Une analyse de contenu de type inductive a permis de dégager les thématiques importantes^(4,6,12). L'analyse a été réalisée en trois étapes : condenser, présenter les données et conclure sur les thématiques issues⁽¹⁷⁾. Les entretiens ont été relus plusieurs fois par l'investigateur principal et le co-investigateur et les citations relatives à la remise de DAM relevées. Des rencontres régulières entre les investigateurs principaux ont été organisées pour discuter des citations retenues durant lesquelles un consensus était recherché autour du regroupement des citations par thèmes émergents. Chaque entretien était codé selon les thèmes retenus par les deux investigateurs principaux à l'aide du logiciel Maxqda 10. Enfin, deux rencontres avec un groupe de recherche qualitative des HUG ont été organisées pour discuter des aspects méthodologiques et des résultats préliminaires.

Le recrutement s'est arrêté lorsqu'était atteinte une saturation des données (redondance des discours) à l'analyse des entretiens.

2.4. Considérations éthiques

Le protocole de cette étude a été accepté par la commission d'éthique des HUG le 23 mai 2012.

3. Résultats

3.1. Hospitalisations

3.1.1. Contexte des hospitalisations

Entre janvier 2010 et décembre 2011, il y a eu 26 épisodes d'hospitalisations dans des unités de soins somatiques des HUG pour 20 patients bénéficiant d'une prescription médicale d'héroïne. La durée d'hospitalisation moyenne est de 14 jours (médiane 9 jours) pour des extrêmes de 1 à 92 journées d'hospitalisation pour traiter des problèmes de santé médico-chirurgicaux (Table 2).

Table 2 : Motifs d'hospitalisations
Lésions liées à une pratique d'injection (9)
Interventions chirurgicales (6)
Infections non liées à l'injection (5)
Insuffisance respiratoire (BPCO) (2)
Epilepsie (1)
Changement de grippe de porth-à-cath (1)
Néoplasie (1)
Douleurs thoraciques (1)

Les unités de soins concernées sont des unités de médecine (10 hospitalisations), de chirurgie (8 hospitalisations), l'unité d'observation du service des urgences (4 hospitalisations) et les unités de dermatologie, d'oncologie et d'ORL (4 hospitalisations).

3.1.2. Description de la population

Vingt patients ont été hospitalisés: 14 hommes, 6 femmes, d'une moyenne d'âge de 41 ans (27-58).

Trois d'entre eux avaient une sérologie positive pour le VIH (15%) et 18 une sérologie positive pour le VHC (90%). Trois patients souffraient d'un syndrome respiratoire obstructif chronique, deux d'un cancer et un d'insuffisance cardiaque.

Tous avaient au moins un diagnostic psychiatrique.

Durant l'hospitalisation, treize (65%) recevaient un traitement de DAM et au moins un autre traitement psychotrope

3.1.3. Poursuite du traitement de DAM

Le traitement de DAM a été poursuivi pour 21 hospitalisations sur 26 (81%). Le traitement n'a pas été reconduit pour quatre épisodes d'hospitalisation en raison de la courte durée du séjour et les patients ont alors bénéficié d'un traitement de substitution par méthadone ou morphine. Dans une situation, le traitement de DAM a été suspendu pour des raisons médicales (instabilité neurologique) et remplacé par un traitement de méthadone.

Dans 19 cas, le traitement de DAM a été administré par voie injectable, dans deux cas par voie orale. La dose quotidienne moyenne IV de DAM était de 480 mg/j avec des extrêmes entre 150 mg et 900 mg. Les doses étaient réparties en 2 ou 3 injections par jour. Pour la forme orale, un patient recevait 800 mg/j, un autre 3200 mg/j.

3.1.4. Incidents liés à la gestion logistique du traitement de DAM

Selon une communication orale de la pharmacienne-cheffe des HUG, il n'y a aucun rapport d'incident ou de fait grave concernant la gestion de la DAM (vol ou détournement du produit) durant la période de l'étude.

3.1.5. Incidents liés à la l'administration du traitement

Le problème le plus fréquemment documenté dans les dossiers de soins des infirmiers est le manque d'accès vasculaire. En l'absence de cathéter, le traitement a ponctuellement dû être injecté par voie intramusculaire.

La dose de DAM a demandé une adaptation chez un patient présentant des épisodes de désaturation à répétition suite à l'administration du traitement, sans qu'une prise concomitante de produits psychotropes non prescrits n'ait pu être exclue.

Pour une patiente, plusieurs épisodes de réactions cutanées locales modérées compatibles avec l'histamino-libération induite par la DAM ont été observés autour des sites d'injection.

3.2. Perception des infirmiers

3.2.1. Profil des infirmiers

Quinze infirmiers (11 femmes, 73%) ont été recrutés pour l'étude. Leur moyenne d'âge est de 35 ans (23-52) ; onze ont fait leur formation en Suisse, 4 en France; sept ont entre 1 et 5 ans d'expérience professionnelle, trois 6 à 10 ans, deux 11 à 20 ans, et une plus de 20 ans. Treize infirmiers ont une formation de base, 2 une spécialisation.

Douze infirmiers ont remis la DAM plusieurs fois au cours des 6 derniers mois.

La saturation des données (redondance du discours) a été atteinte après l'analyse de 15 entretiens après lesquels le recrutement a put être arrêté.

3.2.2. Analyse du discours

Différents thèmes ont été retenus après analyse du contenu des entretiens

- Gestion, logistique et administration du traitement
- Bénéfices du traitement de DAM pour les patients
- Ressources nécessaires dans ces situations de soins
- Vécu des soignants lors de la remise de la DAM
- Perception des effets de la DAM
- Statut de la DAM
- Perception / représentations des patients en de DAM

- Gestion, logistique et administration du traitement :

L'ensemble des infirmiers soulignent la lourdeur de la procédure pour la gestion de la DAM (table 3)

Table 3 Gestion, logistique et administration du traitement
« C'est un produit qu'il faut aller chercher tous les jours à la pharmacie »(E1)
« La responsable d'unité voulait qu'on récupère les fioles » (E4)
« Au début il faut penser à s'organiser, bien vérifier que le frigo fermait bien à clé » (E5)
« J'ai revu plusieurs fois le calcul tout ça, combien il fallait de millilitres, justement parce que c'est quelque chose que je donne rarement aussi » (E 15)

- Bénéfices du traitement de DAM pour les patients :

La majorité des infirmiers identifient les bénéfices de ce traitement pour les patients, notamment l'amélioration de leur état de santé, de leur qualité de vie et la baisse des conduites délinquantes et / ou marginales (table 4).

Table 4. Bénéfices du traitement pour les patients
« Et puis heu... ça évite toutes les maladies transmissibles » (E2)
« Et que finalement ben ça aide heu les patients à pas tomber dans la délinquance » (E5)
« Au moins, ils ont pas besoin de faire heu... de se prostituer ou autre pour avoir de l'argent » (E8)
« Donc voilà, que c'était aussi pour pouvoir réinsérer des fois des gens dans la société en leur permettant d'avoir une certaine stabilité » (E14)

- Ressources nécessaires dans ces situations de soins :

La majorité des soignants évoquent l'importance des ressources à disposition pour pouvoir poursuivre le traitement dans de bonnes conditions, notamment la possibilité de se référer à un infirmier spécialiste clinique en addictologie ainsi que l'existence d'un protocole élaboré par la pharmacie pour les aspects pratiques de la gestion du traitement. Certains ont relevé l'importance d'avoir pu se référer à des pairs ayant déjà dispensé ce traitement (table 5).

Table 5. Ressources nécessaires lors de ces situations de soins
« Donc c'est un peu plus simple et puis c'est vrai que là on, là on est aidés par un infirmier spécialisé » (E1)
« Maintenant quand on a un patient, on affiche carrément le programme heu... dans le service » (E7)
« Donc avant de... faire ça la première fois, donc j'ai été simplement allé voir comment ma collègue réalisait le soin, tout simplement (E12)
«Voilà, alors ça de toute façon on a nos, nos guideline, enfin nos échéanciers, les ordres médicaux, normalement, voilà » (E 13)

Les citations des soignants pour ces trois premiers thèmes montrent une convergence. Les thèmes suivants démontrent une plus grande divergence d'opinion et de représentation.

- Vécu des soignants lors de la remise de la DAM :

Lors de la remise de la DAM, certains soignants évoquent des préoccupations d'ordre éthique comme celle de nuire au patient, de l'encourager dans son addiction, de fournir de la drogue (table 6).

Table 6. Vécu négatif lors de la remise de DAM
« je fournis de la, de la, entre guillemets (rire), de la dope au patient, et en plus je la lui administre » (E1) »
« Mais, moi aller faire un shoot à un patient, moi j'ai, franchement, ça rentre pas dans ce que j'imaginai dans mon rôle de soignante » (E1)
« Quand ils s'injectent seuls, on peut voir ça comme une perte de contrôle sur le patient, parce que c'est lui qui fait tout. C'est lui qui a la seringue en main » E7
« Normalement c'est nous qui le faisons, donc, c'est pas habituel de donner la, la seringue au patient » (E 3)

D'autres déclarent remettre un traitement de substitution médical quoique qu'il reste inhabituel (table 7).

Table 7. Vécu positif de la remise de DAM
« Par contre, d'un point de vue technique, je préfère faire le geste, parce que je sais que c'est fait proprement» (E1)
« Ben pour moi, je n'avais aucun a priori, c'est comme quand on leur administre de la méthadone ou quand on fait des injections de morphine » (E6)
« Ben au niveau personnel, moi ça me pose pas de problème en fait » (E14)
« Et puis c'est important que ce soit juste, mais à part ça, je n'avais pas de craintes particulières » (E15)

- Perception des effets de la DAM :

Certains soignants disent éprouver de l'inconfort à être témoins du flash (table 8)

Table 8. Perception négative des effets de la DAM
« En une minute le patient il a les yeux qui se révulsent presque » (E7)
« Ben quand on le voit un peu shooté, ouais, on se demande si c'est... si c'est bien normal » (E 11)
« Elle était souriante et tout d'un coup, on dirait qu'elle est vraiment partie dans un autre monde » (E12)
« On voit vraiment qu'elle a son shoot et qu'elle prend son pied avec sa dose » (E13)

D'autres ne perçoivent pas d'effets notables (table 9)

Table 9. Perception neutre des effets de la DAM
« Une fois qu'il avait l'injection, après il était tranquille pour le restant de la nuit ou pour la journée » (E4)
« Non, parce que après l'injection, il n'a pas eu de réaction spéciale » (E4)
« j'ai pas constaté de différence » (E 5)
« Il se promenait dans l'unité, il y avait pas de, moi j'ai pas observé de modifications » (E 14)

- Statut de la DAM :

Certains soignants gardent l'image d'une drogue illégale (table 10).

Table 10. Perception de la DAM comme une drogue
« Tandis que l'héroïne c'est une drogue, ça reste une drogue, avant d'être un traitement » (E 2)
« Pour moi, de l'héroïne ça reste de l'héroïne, hein » (E11)
« Non mais pour moi, c'est voilà c'est des traitements heu... pas normaux on va dire » (E 12)
« C'est de l'héroïne, donc c'est comme la drogue qu'on trouve dans la rue » (E 14)

D'autres celle d'un médicament (table 11).

Table 11. Perception de la DAM comme un médicament
« Ca reste une prescription médicale et un traitement enfin pour moi ça reste un traitement » (E2)
« C'est comme quand on a un patient qui arrive avec un nouveau traitement que l'on ne connaît pas trop » (E7)
« Maintenant tant que c'est médicalisé, que c'est une prescription, on est quand même sensés l'appliquer » (E13)
« Moi je considère ça comme n'importe quel autre traitement » (E14)

- Perception / représentations des patients en traitement de DAM :

Pour certains soignants, ces perceptions sont plutôt négatives (table 12)

Table 12. Perceptions négatives des patients usagers de DAM
« Je dirais qu'ils ont plus tendance certains à manipuler » (E1)
« Ben ils peuvent être plus violents que les autres » (E6)
« C'est toujours assez difficile la prise en charge à beaucoup de niveaux » (E7)
« C'est vrai que c'est pas évident de gérer des patients qui peuvent nous renvoyer aussi de l'impuissance » (E12)

D'autres infirmiers ont une vision plus nuancée et voient ces patients comme des malades (table 13).

Table 13. Perceptions des patients usagers de DAM comme malades
« Ca se passait, ça se passe bien avec ce type de patients, c'est des patients qui sont assez heu... entre guillemets collaborateurs, il y a pas de soucis » (E1)
« il avait extrêmement de souffrances autant physiques que morales » (E7)
« Cette souffrance, parce que je pense qu'il y a une énorme souffrance et... je me dis qu'en tant que soignant, ce sont des personnes qui sont un peu mises à l'écart » (E 9)
« Ben non, c'est, c'est, ce sont des patients qui me marquent par leur souffrance, beaucoup » (E9)

Nous n'avons pas trouvé de liens entre le profil des infirmiers (âge, nombre d'années d'expérience, nationalité, type de formation, lieu de travail) et leurs perceptions concernant la remise du traitement, les effets et le statut de la DAM et des patients en traitement de DAM.

Un soignant en particulier semblait vivre mal ces situations de soin et multipliait les citations négatives sur la DAM, ses effets et son statut. Il semblait particulièrement en difficulté avec les patients usagers de DAM, avec des perceptions / représentations très négatives (patients difficiles, manipulateurs...).

4. Discussion

En Suisse, les programmes de prescription de diacétylmorphine font partie de la palette thérapeutique en médecine de l'addiction, et s'adressent à des patients sévèrement dépendants des opiacés ayant échoué avec des traitements axés sur l'abstinence ou basés sur la substitution orale conventionnelle (MTD ou buprénorphine). La poursuite de la prescription de DAM en cas d'hospitalisation demande la prise de responsabilité du traitement par le médecin-chef du service concerné ; aucun d'entre eux n'a, dans notre collectif, refusé cette délégation. Les équipes médico-infirmières ont toutes accepté d'administrer la DAM.

Tous les patients hospitalisés ont souhaité poursuivre leur traitement de DAM pendant leur hospitalisation ; certains en ont fait une condition. Les patients en TSO par DAM hospitalisés aux HUG pour des raisons somatiques ont une moyenne d'âge relativement élevée pour des usagers de drogues et présentent de nombreuses co-morbidités. La durée moyenne d'hospitalisation de 14 jours (contre 7 jours dans les unités de médecine et chirurgie), souligne la sévérité des motifs d'hospitalisation.

Dans notre collectif, les traitements de DAM ont pu être poursuivis excepté lors de séjours de moins de 24 heures et chez une personne présentant un état neurologique ne le permettant pas. Aucune complication grave liée à la remise de DAM n'a été documentée hormis un épisode de désaturation dans un cas de probable consommation parallèle de benzodiazépines ainsi que l'apparition de lésions urticariennes compatibles avec l'histaminolibération due à la DAM. La gestion de la DAM, si elle demande une logistique particulière, pour son transport et son stockage en particulier, n'a été à la source d'aucun rapport d'incident ou de fait grave.

En Suisse, les TSO existent de longue date et sont très développés, la vision médicale de l'addiction prédomine. Les soignants sont donc sensibles au fait que ces patients, comme tous les autres, doivent avoir les conditions nécessaires à la bonne prise en soin de la pathologie pour laquelle ils ont été hospitalisés ; les traitements prescrits en ambulatoire sont donc poursuivis, héroïne comprise. L'absence de complication dans notre collectif confirme cette attitude pragmatique.

Les soignants ayant participé à cette étude sont tous expérimentés, la plupart ont eu l'occasion de remettre la DAM à diverses reprises. Leurs thèmes principaux de préoccupation lors de la remise de ce traitement ont pu être mis en lumière par l'analyse du contenu des entretiens: aspects logistiques, bénéfices du traitement de DAM, ressources nécessaires dans ces situations de soins, vécu des soignants lors de la remise de la DAM, perception des effets de la DAM, statut de la DAM, perception et représentations des patients en traitement de DAM

On relève une convergence importante pour les trois premiers.

Dans des unités de soins somatiques, un traitement nécessitant un dispositif logistique supplémentaire (déplacement à la pharmacie, stockage réfrigéré sous clef, etc.) accroît la charge de travail de l'équipe.

L'ensemble des infirmiers interrogés démontre une conscience de l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur santé globale biologique, psychique et sociale (éloignement du milieu de la drogue) et admet l'utilité de le poursuivre lors des hospitalisations.

La dispensation de soins est le plus souvent encadrée par des protocoles en précisant toutes les étapes; ces documents permettent une uniformité des procédures et en garantissent la qualité ainsi que la sécurité pour les patients et le personnel. Dans une procédure de soins inhabituelle

pour les équipes, la présence d'un protocole clair est d'autant plus importante, comme l'est celle de la possibilité de se référer à une personne ressource experte en addictologie de liaison.

Ces thèmes relèvent tous du positionnement professionnel. Ces préoccupations sont à la base du métier d'infirmier et font l'unanimité, même si les représentations au sujet de la DAM elle-même et des patients en traitement de DAM sont plus disparates.

L'étude du vécu des infirmiers dispensant le traitement soulève des questionnements récurrents. Certains soignants ont le sentiment d'encourager les patients dans un comportement potentiellement nuisible à sa santé, illégal. L'auto-administration par le patient de son traitement, par injection, permet à la fois une mise à distance de la dispensation d'un traitement à connotation forte mais interroge le rôle de l'infirmier qui peut se sentir dépossédé d'une partie de son travail. Lorsqu'elle est pratiquée par l'infirmier, l'injection de DAM, si elle entraîne un stress lié à la spécificité de ce médicament, permet par contre une réappropriation du rôle professionnel, notamment par la mise en pratique des techniques de soins et la garantie d'une asepsie rigoureuse.

Les effets cliniques de la DAM peuvent varier selon les patients et les posologies. Leur manifestation peut être discrète ou plus bruyante. Si la recherche du soulagement de la symptomatologie du patient est la règle pour les soignants, il n'est pas habituel d'administrer un produit procurant du plaisir, une partie des professionnels témoignent de la gêne d'en être le spectateur, « le voyeur ». Les effets marquant la dépression du système nerveux central impressionnent également. D'autres ne relèvent pas d'effets particuliers de la DAM et l'administrent comme un médicament usuel. On peut faire l'hypothèse que la perception des effets de la DAM est liée à la perception sociale de l'héroïne. En effet, parmi les soignants interrogés, certains conservent l'image de la DAM comme d'une drogue illégale alors que d'autres, peut-être plus informés de la politique drogue suisse, la voient comme un médicament.

Dans la population générale, les usagers de drogues (UD) sont le plus souvent perçus comme des malades ou des délinquants. Les soignants peu exposés aux UD dans leur pratique n'échappent pas à ces représentations que l'on retrouve dans l'analyse du discours sur les UD. L'enjeu de la substance complexifie leur position : entre soignants et dealers en blouse blanche ; entre dispensation d'un traitement à un malade et remise d'une drogue à un toxicomane.

Le nombre d'épisode d'hospitalisation est peu important (26 pour 20 patients) ; le programme comptant 50 places, cela concerne tout-de-même près de la moitié de sa file active et est donc représentatif des pathologies nécessitant une hospitalisation de ce collectif de patients à Genève.

La saturation des données a été atteinte relativement rapidement, après 15 entretiens seulement. On peut y voir la marque d'un biais de sélection du à la base volontaire du recrutement. Il se peut que seuls les infirmiers convaincus de l'utilité du programme ou y étant opposés se soient proposés pour participer à l'étude.

Les unités dans lesquels ces patients ont été hospitalisés sont des unités de médecine et de chirurgie ; les soignants y travaillant ont une expérience des problèmes d'addiction supérieure à ce que serait celle de services spécialisés (ophtalmologie par exemple). Il y existe donc une certaine culture de l'addiction, nombre d'infirmiers participent à des cours de formation post-graduée sur les soins aux patients dépendants. L'infirmier spécialiste y passe très régulièrement pour des conseils cliniques. Une information sur la politique drogue en Suisse est systématiquement donnée lors des journées d'accueil des nouveaux collaborateurs

5. Conclusions

Ces patients suivis dans les programmes de prescription médicalisée de DAM présentent des problèmes de santé graves les rendant susceptibles d'être régulièrement hospitalisés pour des durées conséquentes. Il est donc important qu'ils puissent poursuivre leur traitement de DAM. Notre étude suggère que la poursuite de ce traitement en milieu hospitalier est faisable, sûre et acceptée par l'institution hospitalière et ses soignants.

Les infirmiers sont conscients des bénéfices de ces traitements pour la santé des patients et l'amélioration de leur qualité de vie et de l'importance de pouvoir poursuivre ce traitement durant les hospitalisations. Pour une partie des interrogés, la DAM est un traitement prescrit, à administrer comme un autre médicament.

La dispensation de DAM n'est toutefois pas anodine pour des soignants, le statut de l'héroïne reste connoté négativement pour une partie d'entre eux qui se questionnent sur l'aspect déontologique de ce traitement. La pratique de l'auto-injection accentue ces interrogations sur le statut professionnel de l'infirmier qui se retrouve spectateur de la prise d'un traitement qui, de plus, procure plaisir et soulagement à son patient.

Cette étude démontre que les représentations des infirmiers sont nuancées. Toutefois, même lorsqu'elles sont teintées de réticences, elles ne prêterent pas la dispensation de DAM. Un certain nombre de ressources sont impératives pour que les soignants puissent dispenser ces traitements qui conservent un statut particulier, dans des conditions de sécurité et de confort. L'existence de protocoles clairs et accessibles est indispensable. La possibilité de se référer à un infirmier spécialisé ou à des pairs ayant déjà remis de la DAM à un patient est un élément rassurant.

On peut, pour terminer, relever la modification des mentalités et des pratiques soignantes dans le domaine de l'addiction ; il n'y a pas si longtemps, le protocole d'accueil des toxicomanes dans le service des urgences était le suivant : « appel au psychiatre, à la sécurité, neuroleptique injectables en cas d'agitation ».

Remerciements

A la direction des soins, pour avoir permis et soutenu ce travail.

Aux responsables d'unités et aux infirmiers(ères) pour leur intérêt et leur participation.

A Marie José Roulin et Patricia Hudelson pour leur relecture critique.

Références

1. Ainsworth S. (2010). Heroin: coming to a surgery near you? *Practice Nurse*. 23; 40 (2): 18
2. Arrêté fédéral sur la prescription médicale d'héroïne. Consultable sur <http://www.admin.ch/opc/fr/official-compilation/1998/2293.pdf> (dernière cslt. 17.06.13)
3. Brehmer C., Iten PX. (2001). Medical prescription of heroin to chronic heroin addicts in Switzerland - a review. *Forensic Sci Int*. 15;121(1-2):23-6
4. Braun V., Clarke V. (2006). Using thematic analysis psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3. 77-101
5. Dijkgraaf MG., Van der Zanden BP., De Borgie AJ., Blanken P., Van Ree JM., Van den Brink W. (2005). Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *Br Med J* ; 330:1297-302
6. Elo S.; Kyngäs H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced Nursing*. 62(1), 107-115
7. Ford R., Bammer G. ; Becker N. (2008) The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implication for workforce development. *Journal of clinical nursing*. 17, 2452-2462
8. Gossop M., Keaney F., Sharma P. ; Jackson M. (2005). The unique role of diamorphine in British medical practice: a survey of general practitioners and hospital doctors. *Eur Addict Res*.11(2):76-82
9. Gschwend P., Eschmann S., Güttinger F., Hosek M., Rehm J., Uchtenhagen A. (2003). 8 years experience with heroin-assisted treatment in Switzerland--current results and future improvements. *Ther Umsch*. Jun 60 (6):355-60
10. Güttinger F., Gschwend P., Schulte B., Rehm J., Uchtenhagen A. (2003). Evaluating long-term effects of heroin-assisted treatment: the results of a 6-year follow-up. *Eur Addict Res*. 2003 Apr; 9(2):73-9
11. Howard V., Holmshaw J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Dec;17(10):862-72
12. Hsiu-Feng, Shannon E. (2005) Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 15. 1277
13. Kelleher S., Cotter P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*. 17. 3-14
14. Killias M., Aebi MF. (2000). The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland. *Crime Prevention Studies*.11
15. Manuel Traitement avec prescription d'héroïne. Directives, recommandations, informations. Consultable sur [Manuel Traitement avec prescription d'héroïne - admin.ch](#) (dernière cslt. 17.06.13)
16. McLaughlin D., Long A. (1996). An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*. 3, 283-288

17. Mukamurera J., Lacourse F., Couturier Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. Vol. 26(1). 110-138
18. Natan MB., Beyil V., Neta O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: testing the theory of reasoned action. *Int J Nurs Pract.* Dec; 15(6):566-73
19. Nosyk B., Guh P., Nicholas J., Bansback, Oviedo-Joekes E., Brissette S. MD, C. Marsh D., Meikleham E., T. Schechter M., Aslam H. Anis (2012) Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *CMAJ*. March 12
20. OFSP (2008). Nouvelle Loi sur les stupéfiants. Consultable sur <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/02942/02949/?lang=fr> (dernière cslt. 17.06.13)
21. OFSP (2011). Traitement avec prescription d'héroïne / de diacétylmorphine (HeGeBe) en 2009 et 2010. Département fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral de la santé publique. Consultable sur <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00799/index.html?lang=fr> (dernière cslt. 17.06.13)
22. Perneger T., Giner F., del Rio M., Mino A. (1998). Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *Br Med J* 317:13-8.
23. Plaza A., Oviedo Joekes E., Carle March J. (2007). Nursing in an Intravenous Heroin Prescription Treatment. *Journal of Addictions Nursing*. 18:13–20
24. Report of the global commission on drug policy (2011). Consultable sur http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf (dernière cslt. 17.06.13)
25. Romo N., Poo. M, Balesta R., Pepsa team. (2009). From illegal poison to legal medicine: a qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain. *Drug Alcohol Rev.* Mar; 28(2):186-95
26. SSAM. (2007). Recommandations médicales pour les traitements basés sur la substitution des patients dépendants aux opioïdes. Société Suisse de Médecine de l'Addiction. Consultable sur <http://www.ssam.ch/SSAM/fr/recommandations> (dernière cslt. 17.06.13)