

Hospices / CHUV  
Département universitaire de médecine  
et de santé communautaires

Institut universitaire  
de médecine sociale et préventive  
Lausanne

EVALUATION DE L'ESPACE  
D'ACCUEIL ET D'INJECTION  
"QUAI 9" À GENÈVE

Deuxième phase 2003

*Sandra Solaj, Fabienne Benninghoff,  
Giovanna Meystre-Agustoni, André Jeannin,  
Françoise Dubois-Arber*

**Etude financée par :**

La République et Canton de Genève, Département de l'action sociale et de la santé

**Citation suggérée :**

Solai S, Benninghoff B, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève : deuxième phase 2003. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 102).

**Remerciements :**

Nous remercions les intervenants et les responsables du Quai 9 ainsi que les travailleurs de rue qui interviennent dans le quartier, le Groupe Sida Genève et les usagers du Quai 9, qui nous ont permis de réaliser cette évaluation et ont été disponibles et accueillants. Nos remerciements s'adressent également au groupe de pilotage du projet. Nous remercions Monsieur Lazare Benaroyo du Centre lémanique d'éthique à l'Université de Lausanne pour son aide dans la réflexion sur les problèmes d'éthique. Nos remerciements vont aussi à Monsieur Didier Froidevaux du Service d'état major de la police du canton de Genève pour la communication des observations de la police dans les quartiers autour du Quai 9. Nous tenons enfin à remercier le secrétariat de l'Unité, Mesdames M. Maeder et K. Sandberg-Christensen, pour la mise en page du rapport.

# TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	5
1 Introduction .....	7
1.1 Structure du rapport .....	7
2 Méthodologie .....	9
2.1 Perspectives d'évaluation .....	9
2.2 Méthodes utilisées .....	9
3 Monitoring des activités du Quai 9 .....	12
3.1 Nouveaux usagers .....	12
3.2 Monitoring de l'activité à l'espace accueil .....	17
3.3 Monitoring de l'activité en salle d'injection .....	18
3.4 Monitoring de la distribution de seringues .....	21
3.5 Monitoring de l'activité en salle de soins .....	23
3.6 Monitoring des prestations sociales .....	25
3.7 Observations autour du Quai 9 .....	27
3.7.1 Données sur l'ordre public relevées par la Police cantonale genevoise .....	27
3.8 Constats .....	28
4 Salle d'injection : typologie d'usagers et substances utilisées (analyse des données de 2002) .....	30
4.1 Typologie des usagers selon le nombre d'injections effectuées en 2002 et la période écoulée entre la première injection et la dernière .....	31
4.2 Liens entre la typologie et les caractéristiques socio-démographiques des usagers .....	33
4.3 Liens entre la typologie et les substances consommées .....	34
4.4 Profils d'usagers .....	36
5 Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent leur comportement ? .....	47
5.1 Introduction .....	47
5.1.1 Les domaines de prévention prioritaires et leur mise en œuvre par l'équipe .....	48
5.2 Quai 9 permet-il de modifier certaines habitudes en termes de gestion et hygiène d'injection ainsi que de répétition des gestes en dehors du Quai 9 ? .....	50
5.2.1 Les actions/orientations développées par Quai 9 en 2003 .....	51
5.2.2 Les observations .....	51
5.2.3 Le point de vue des usagers .....	55
5.3 Quai 9 a-t-il une influence sur les comportements des usagers en termes de responsabilisation de leur santé en général ? .....	57
5.3.1 Les actions développées par Quai 9 en 2003 .....	58
5.3.2 Les observations .....	58
5.3.3 Le point de vue des usagers .....	59
5.4 Comment les usagers réussissent-ils à gérer leur consommation quotidienne avec l'apport du Quai 9 ? Et comment réagissent-ils à l'attente pour entrer dans la salle d'injection ? .....	61
5.4.1 Les observations .....	61
5.4.2 Le point de vue des usagers .....	61
5.5 Quai 9 a-t-il une influence sur une prise de décision de l'utilisateur d'entreprendre une démarche en vue d'arrêter la consommation et/ou d'entrer en traitement ? .....	65
5.5.1 Les actions développées par Quai 9 en 2003 .....	65
5.5.2 Les observations .....	65
5.5.3 Le point de vue des usagers .....	67

5.6	Quai 9 apporte-t-il un changement chez les usagers du point de vue relationnel et social ? .....	68
5.6.1	Les actions développées par l'équipe en 2003 .....	68
5.6.2	Les observations .....	69
5.6.3	Le point de vue des usagers .....	70
5.7	Quelle est la place du Quai 9 dans la vie des usagers ? .....	71
5.7.1	Ce que les utilisateurs recherchent au Quai 9 et sa place dans leur vie actuelle .....	71
5.8	Conclusion : Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent leur comportement ? .....	73
6	Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problème pour les membres de l'équipe ? .....	76
6.1	La philosophie de l'accueil à bas-seuil telle que pratiquée au Quai 9 .....	76
6.2	Méthode utilisée .....	77
6.3	Situation à fin 2002 .....	77
6.4	Le point de vue du Quai 9 sur des situations limites à fin 2002 .....	78
6.5	Les niveaux de questionnement éthique .....	79
6.6	Les situations limites décrites par l'équipe et les réponses apportées .....	80
6.6.1	L'accompagnement dans les étapes d'injection .....	80
6.6.2	Les nouveaux/jeunes injecteurs .....	81
6.6.3	Le nonaccès aux mineurs .....	82
6.6.4	L'accueil de femmes enceintes .....	82
6.6.5	L'acharnement à l'injection / l'automutilation .....	82
6.6.6	Le non-investissement des usagers dans les groupes .....	83
6.6.7	Les moyens limités pour le relais .....	83
6.6.8	Les usagers parents .....	83
6.6.9	Intervenants non-infirmiers : compétence en soins limitée .....	84
6.6.10	Autres situations limites .....	84
6.6.11	Les situations limites discutées en équipe .....	84
6.7	Un modèle d'analyse éthique des situations limites .....	85
6.8	Conclusion .....	86
7	Conclusions et recommandations générales .....	88
8	Annexes .....	94
8.1	Annexe 1 – Rapport de la police sur le monitoring de l'ordre public .....	94
8.2	Annexe 2 – Questionnaire d'entrée et monitoring .....	103
8.2.1	Fiches de monitoring .....	107
8.2.2	Grille d'observation pour les travailleurs de rue du groupe RdR .....	108
8.3	Consigne pour remplir la grille d'observation pour les travailleurs de rue du groupe RdR .....	110
8.4	Annexe 3 – Procédure de nettoyage des données pour l'analyse des données de la salle d'injection par individu .....	111
8.5	Annexe 4 – Outils d'évaluation qualitatifs .....	113
8.5.1	Guide d'entretien pour les utilisateurs du Quai 9 - nov. 2003 .....	113
8.5.2	Questionnaire à l'équipe concernant les problèmes éthiques .....	115
8.5.3	Méthode et grille d'observation des actes de prévention de l'équipe et des situations limites .....	116
8.5.4	Grille d'observation Q9 .....	117
8.6	Annexe 5 – Documents du Quai 9 : règlements .....	118
8.6.1	Quai 9 – règlement .....	118
8.6.2	Procédure d'utilisation de la salle d'injection .....	119
8.6.3	Règles de fonctionnement de base .....	120
8.6.4	Sanctions .....	121
8.6.5	Mesures d'hygiène en salle d'injection .....	122

## RESUME

L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé (DASS), a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) un second mandat dont l'objectif est de poursuivre l'évaluation des activités du Quai 9 (espace d'accueil et d'injection) dans sa deuxième année, et de répondre à 3 questions spécifiques :

1. Comment les activités du Quai 9 se développent-elles dans sa deuxième année d'existence ?
2. Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement et qui sont les usagers qui changent de comportement ?
3. Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problème pour les membres de l'équipe ?

Différents instruments de recueil d'information ont été élaborés pour répondre aux questions. Ils utilisent des méthodes quantitatives pour l'évaluation du fonctionnement du Quai 9 (monitoring d'activités, questionnaire d'entrée, analyse secondaire de données de la salle d'injection) et qualitatives pour les deux questions spécifiques (observations, questionnaire, entretiens et séances de discussion).

Voici en résumé les réponses aux questions d'évaluation.

### ■ Volume d'activités du Quai 9

En 2003, Quai 9 a continué d'accueillir de nouveaux usagers à un rythme stable (environ 1 par jour). On trouve un peu plus de 20-24 ans chez les nouveaux arrivants et un peu moins de personnes en traitement de substitution. Le nombre d'injections effectuées au Quai 9 et celui des seringues distribuées au Quai 9 ont augmenté. Cependant, la proportion d'injections faites au Quai 9 par rapport aux seringues distribuées dans ces deux structures (1/7) est restée la même. Par conséquent, la grande majorité des injections faites avec le matériel distribué à Genève n'est pas réalisée au Quai 9. Toutefois, beaucoup de personnes utilisent Quai 9, même épisodiquement.

La structure fonctionne régulièrement aux limites de sa capacité pour ce qui concerne l'accueil et la salle d'injection. Malgré cette charge importante, l'équipe montre une exigence de qualité et une cohésion exemplaires.

Une étude complémentaire des usagers selon le nombre d'injections effectuées en 2002 montre que le nombre d'injections faites au Quai 9 se répartit de façon très inégale. On estime qu'en 2002 environ un quart des utilisateurs ne sont venus qu'un jour et que les trois quarts des injections au Quai 9 ont été effectuées par moins de 20% des consommateurs enregistrés.

### ■ Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent de comportement ?

Les activités de prévention et de réduction des risques se font à divers niveaux : collectif, groupes particuliers, individuel, avec un usage approprié de chaque niveau. Les messages sont cohérents et répétés systématiquement. En conséquence une véritable culture de réduction des risques liés à l'injection se développe et s'est améliorée depuis 2002. Il y a cependant encore des occasions perdues pour la prévention ou le conseil, des situations qui pourraient être mieux exploitées

(fonction de filtre à l'accueil et dans la salle d'injection, continuité entre salle d'injection et espace d'accueil). Par ailleurs, la prévention de la transmission sexuelle du sida reste un parent pauvre des activités du Quai 9, malgré une sensibilité des intervenants à ce thème.

Les contacts du Quai 9 avec les structures de soins ont été développés en 2003. Lors des entretiens menés avec les usagers, il n'a pas été rencontré de personnes qui auraient été découragées d'entrer en traitement par leur fréquentation du Quai 9. Dans quelques cas au contraire, les contacts développés avec les intervenants ont permis de faire progresser une réflexion sur une démarche en vue d'arrêter la consommation.

Concernant l'influence de la fréquentation du Quai 9 sur la gestion de la consommation, il apparaît lors des entretiens trois groupes d'usagers : ceux pour qui Quai 9 n'a pas d'influence sur leur consommation (les plus nombreux), ceux qui diminuent ou stabilisent leur consommation, ceux qui augmentent leur consommation. Ces deux derniers groupes sont de taille équivalente. Cette constatation recoupe celles faites dans d'autres structures de type bas-seuil. Le délai d'attente avant d'entrer en salle d'injection est vécu comme un exercice d'endurance plutôt bénéfique par les utilisateurs, dans le sens de l'apprentissage d'une meilleure gestion de la consommation. Quand l'attente n'est plus supportable, les usagers quittent la structure pour s'injecter ailleurs.

Trois manières d'appréhender Quai 9 ressortent des entretiens. Un groupe d'usagers bénéficie de plusieurs prestations au Quai 9 depuis un certain temps et développe un sentiment d'appartenance au Quai 9 et à ses valeurs. D'autres utilisateurs recherchent le contact et un soutien auprès des collaborateurs ; Quai 9 tient ici une place en tant que générateur de lien social. Pour le dernier groupe d'usagers, Quai 9 est un lieu de première utilité. L'apport de l'hygiène et la disponibilité du matériel d'injection sont ici essentiellement mis en avant.

#### ■ Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problème pour les membres de l'équipe ?

Du fait même de la philosophie de l'intervention à bas-seuil et du concept de réduction des risques, les collaborateurs sont confrontés en permanence à des situations limites, où des conflits éthiques peuvent avoir lieu. Les situations répertoriées qui posent le plus de questions à l'équipe sont :

- La conjonction chez l'utilisateur d'une santé dégradée et d'une prise de risques importante pour la santé, avec le refus de se soigner.
- L'accompagnement à l'injection (dans le sens de conseils), en particulier chez les personnes visiblement inexpérimentées, très jeunes, débutantes.
- Les femmes enceintes.

L'équipe du Quai 9 est très consciente de l'existence de ces situations et a une excellente aptitude à les discuter pour en tirer des lignes de conduite consensuelles, voire à les remettre en question le cas échéant. Elle fait preuve d'une grande aptitude à la réflexion éthique.

# 1 INTRODUCTION

L'Etat de Genève, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé (DASS), a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne un premier mandat d'évaluation concernant la mise en place et le fonctionnement du lieu d'accueil pour consommateurs de drogues avec espace d'injection 'Quai 9', géré par le Groupe Sida Genève (GSG). Ce premier mandat concernait la première année de fonctionnement (décembre 2001 à fin décembre 2002) et a donné lieu à un rapport<sup>1</sup>.

Un deuxième mandat a été confié à l'UEPP. Cette deuxième phase poursuit l'évaluation du fonctionnement de la structure pendant l'année 2003 avec la question d'évaluation suivante :

- Comment les activités du Quai 9 se développent-elles dans sa deuxième année d'existence ?

L'évaluation développe aussi l'analyse de deux aspects particuliers de l'intervention abordés par la première évaluation : l'influence du Quai 9 sur les usagers et les limites de la réduction des risques. La première de ces questions est la suivante :

- Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ?  
Qui sont les usagers qui changent leur comportement ?

Elle fait suite à un constat de l'équipe – exprimé dans le rapport d'activité 2002 - que, si la mise à disposition d'un lieu sécurisé avec du matériel propre constitue en soi un moyen de prévention, des réflexions plus approfondies sont nécessaires sur la manière de pratiquer la prévention et la réduction des risques.

L'autre question découle d'observations et de la discussion de situations problématiques lors de la première phase d'évaluation et est formulée ainsi :

- Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problèmes pour les membres de l'équipe ?

Pour ces deux aspects de l'intervention, les questions d'évaluation ont été définies d'entente avec le comité de pilotage et l'UEPP.

Différents instruments de recueil d'information ont été utilisés et combinés pour poursuivre l'évaluation des activités de la structure et répondre aux questions d'évaluation.

## 1.1 STRUCTURE DU RAPPORT

Le rapport est composé de 7 chapitres. Le second présente la méthodologie utilisée pour l'évaluation et les différents instruments maintenus dans la deuxième phase d'évaluation. Les

---

<sup>1</sup> Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 : "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

chapitres suivants traitent des questions d'évaluation. Le troisième chapitre présente l'analyse du développement des activités de la structure (monitoring des activités de l'année 2003). On trouve dans le quatrième une analyse complémentaire des données recueillies en 2002 dans la salle d'injection incluant la construction d'une typologie des usagers et de la consommation<sup>2</sup>. Le cinquième chapitre aborde la question de l'influence du Quai 9 sur les usagers, le sixième traite des limites de la réduction des risques.

Le rapport se termine par les conclusions et recommandations de l'UEPP.

---

<sup>2</sup> Cette analyse portant sur la première année de fonctionnement n'avait pu être menée lors de la première évaluation.

## 2 METHODOLOGIE

### 2.1 PERSPECTIVES D'ÉVALUATION

La deuxième phase d'évaluation s'inscrit dans la même ligne méthodologique que la première, à savoir une approche centrée sur l'utilisation des résultats (par le DASS, le groupe de pilotage, l'équipe de travail, le cas échéant les usagers) en ce sens qu'elle doit fournir des données utiles à la décision, à la compréhension des problèmes, à la confirmation d'options, etc.

Tous les outils d'évaluation de la première phase n'ont pas été repris, certains ont été maintenus pour le monitoring des activités, d'autres ont été développés pour aborder les nouvelles problématiques soulevées par cette deuxième phase d'évaluation.

### 2.2 MÉTHODES UTILISÉES

Cette deuxième phase de l'évaluation fait autant appel à des méthodes qualitatives (entretiens, observations, séances de discussion) que quantitatives (essentiellement monitoring d'activités et analyse secondaire de données).

Par rapport à la première phase de l'évaluation en 2002, les outils maintenus sont les suivants<sup>3</sup> :

- **Monitoring des activités de la structure** : activités de l'espace d'accueil, activités de la salle d'injection, distribution de matériel d'injection, activités de la salle de soins, prestations sociales.
- **Questionnaire 'd'entrée'** : rempli par l'équipe avec les nouveaux arrivants, il inclut un identificateur anonyme, les caractéristiques socio-démographiques de l'utilisateur, les principaux éléments de sa consommation et de ses pratiques d'injection, des indications sur sa santé (traitement de substitution en cours, état des veines). Un questionnaire séparé et sans identificateur rempli par l'utilisateur contient des questions sur les hépatites et le VIH (antécédents de tests, statut sérologique).
- **Autres sources de données** : grille d'observation des lieux de rassemblements dans le quartier remplie par les travailleurs de rue et rapport de la police concernant la sécurité publique dans le quartier.
- **Observation non participante des activités du Quai 9 par les évaluateurs** : 7 séquences d'observations ont été menées (en tout 24 heures) ; chaque fois, il s'agissait de suivre pendant au moins une heure un des intervenants dans son poste (salle d'injection, accueil, moment femme, atelier d'injection, etc.). Une grille d'observation permettait de relever certains points particuliers (par exemple activités de prévention, situations difficiles, événements particuliers, etc.).
- **Entretiens avec des usagers** : 15 entretiens semi-structurés d'une durée de 20 minutes à une heure et demie.

---

<sup>3</sup> Les outils de la première évaluation qui n'ont pas été reconduits sont : l'enquête auprès de la clientèle, le carnet de bord, les entretiens avec des personnes de l'environnement.

- **Réunions de suivi avec l'équipe** : il y en a eu 3, centrées sur des thèmes spécifiques tels que prévention, situations limites, atelier sur une méthode de réflexion éthique dans les situations problématiques / limites avec un éthicien, *feed-back* de certaines observations, etc. ) **et avec la direction** : 4, principalement pour se tenir au courant de l'évolution des activités du centre et échanger des informations).
- **Questionnaire à l'équipe sur les situations qui posent problème (situations-limites)** : questionnaire avec questions ouvertes, rempli par chaque membre de l'équipe, et dont les résultats ont été discutés lors d'une réunion de suivi.

Un représentant de l'évaluation a été invité à participer aux réunions du comité de pilotage en qualité d'observateur (fonction d'information essentiellement).

Le Tableau 1 résume les contributions de chacun des instruments à la réponse aux questions d'évaluation. Le Tableau 2 reprend les caractéristiques de chaque instrument en indiquant la périodicité de la récolte des données et la responsabilité du recueil de données et de l'analyse. Les instruments (questionnaires, fiches de monitoring, guides d'entretiens et grilles d'observation) figurent en Annexe 1.

Tableau 1 Contribution des différents instruments à la réponse aux questions d'évaluation

Synthèse de la méthode utilisée									
Question d'évaluation	Questionnaire d'entrée	Monitoring	Réunion de suivi	Statistiques injections	Observation	Grille travailleurs rue	Entretiens usagers	Questionnaire équipe	Données de la police
Comment les activités du Quai 9 se développent-elles dans sa deuxième année d'existence ?	■	■	■	■		■			■
Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent leur comportement ?			■		■		■		
Quelles sont les limites, c'est-à-dire les situations posant problèmes pour les membres de l'équipe ?			■		■		■	■	

Tableau 2 Outils d'évaluation

Outils	Périodicité, responsabilité
<p><b>Monitoring des activités de la structure</b> Statistiques d'activité du Quai 9 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>accueil</b> (relevé à plusieurs moments dans la journée du nombre de personnes se trouvant dans l'espace accueil-café) ;</li> <li>▪ <b>injection</b> (identificateur, date, produit injecté<sup>4</sup>, point d'injection, durée des injections) ;</li> <li>▪ <b>événements problématiques</b> en salle d'injection (date, sexe, produit, accompagnement (=sur-consommation), assistance respiratoire (=overdoses), appel 144) ;</li> <li>▪ <b>remise de matériel</b> (seringues distribuées/vendues et retour, préservatifs, autre matériel) ;</li> <li>▪ <b>soins médicaux</b> (information-discussion, soins somatiques, relais médical ou social) ;</li> <li>▪ <b>prestations sociales</b> (écoute, entretien, information, relais, douches, gestion du stress, accompagnement extérieur, voisinage).</li> </ul>	<p>En continu, recueilli par l'équipe et saisies par le secrétariat du Quai 9 Analyse UEPP</p> <p>Les fiches de recueil de données sont en Annexe 1.1</p>
<p><b>Questionnaire 'd'entrée'</b> Destiné aux nouveaux arrivants, rempli par l'équipe avec l'utilisateur. (Items : prénom ou pseudonyme, caractéristiques socio-démographiques, consommation, pratique d'injection actuels, traitement, état des veines) + questionnaire VIH/hépatites auto-administré.</p>	<p>En continu, rempli par l'équipe Saisie et analyse UEPP</p>
<p><b>Autres sources de données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grille d'observation pour travailleurs de rue ;</li> <li>▪ Données sur l'ordre public fournies par la police.</li> </ul>	<p>Périodique, travailleurs rue Analyse UEPP Analyse police</p>
<p><b>Données de la salle d'injection par individus</b> Analyse des données de la salle d'injection (date, heure, âge, sexe, produit, lieu d'injection) par individus (selon le pseudonyme) pour l'année 2002.</p>	<p>Données 2002 Analyse UEPP</p>
<p><b>Observation</b> Observation non participante (des usagers et des intervenants) en salle d'accueil, salle d'injection et durant certains moments particuliers (Moment femmes, atelier d'injection). Les observations utilisent un guide et sont centrées sur la prévention et les situations limites.</p>	<p>7 fois, en tout 24 heures Analyse UEPP grille d'observation en Annexe 8.5</p>
<p><b>Entretiens avec des usagers</b> Entretiens avec les usagers sur l'influence du Quai 9 sur leur mode de vie, leur consommation, leur santé, etc.</p>	<p>N=15 Entretiens et analyse UEPP, grille en Annexe 8.5</p>
<p><b>Réunions de suivi avec l'équipe</b> Elles ont pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ discuter des points problématiques et des changements, de fournir un feed-back de données préliminaires (observation, questionnaire sur les limites), etc. ;</li> <li>▪ contribuer à la réponse aux questions d'évaluation spécifiques</li> <li>▪ se tenir au courant (avec les responsables) :</li> </ul>	<p>3 fois avec l'équipe dont un atelier 'méthode de réflexion éthique' 4 fois avec les responsables Analyse UEPP</p>
<p><b>Questionnaire à l'équipe</b> Questionnaire rempli individuellement par tous les intervenants du Quai 9 concernant les limites et les problèmes éthiques rencontrés.</p>	<p>1 fois Analyse UEPP</p>

<sup>4</sup> A partir du troisième trimestre 2002, les mélanges ont été répertoriés par produits principaux.

## 3 MONITORING DES ACTIVITES DU QUAI 9

### 3.1 NOUVEAUX USAGERS

Chaque nouvel usager du Quai 9 remplit un questionnaire d'entrée portant sur son profil socio-démographique, ses habitudes de consommation de stupéfiants et son état de santé. Au total, 378 questionnaires ont été remplis en 2003. Très sensible, la diminution par rapport à 2002 s'explique par l'effet de stock' ayant caractérisé les premiers mois d'activité du Quai 9. Dans les faits cependant, 2003 s'inscrit parfaitement dans le prolongement de l'activité enregistrée durant le dernier trimestre de 2002 : la moyenne des nouveaux usagers s'établit autour de un par jour (Tableau 3).

Tableau 3 Nombre de questionnaires d'entrée remplis au Quai 9 par mois : comparaison entre 2002 et 2003

Mois	2002			2003		
	N questionnaires	N jours d'ouverture	N moyen de questionnaires par jour	N questionnaires	N jours d'ouverture	N moyen de questionnaires par jour
Janvier <sup>5</sup>	135	24	5.6	40	31	1.3
Février	81	25	3.2	28	28	1.0
Mars	80	31	2.6	25	31	0.8
Avril	61	30	2.0	26	28	0.9
Mai	56	31	1.8	36	30	1.2
Juin	37	29	1.3	33	30	1.1
Juillet	47	31	1.5	27	31	0.9
Août	64	31	2.1	33	31	1.1
Septembre	50	29	1.7	39	30	1.3
Octobre	37	31	1.2	25	31	0.8
Novembre	41	29	1.4	27	30	0.9
Décembre	43	31	1.4	35	31	1.1
<b>Total</b>	<b>732</b>	<b>352</b>	<b>2.1</b>	<b>374</b>	<b>362</b>	<b>1.0</b>

Note : Quelques questionnaires n'indiquaient pas la date à laquelle ils ont été remplis. Ils n'ont donc pas pu être attribués à un mois de référence.

C'est surtout à travers leur réseau de connaissances (amis, 'bouche à oreille', autres consommateurs de drogues) que les nouveaux usagers ont eu connaissance du Quai 9 (83%). 9% l'ont appris par le réseau de prise en charge et 8% par les médias.

Les femmes représentent un cinquième (19%) des personnes ayant rempli un questionnaire d'entrée en 2003. Leur proportion est en diminution par rapport à 2002 où elles représentaient plus d'un

<sup>5</sup> Y compris les données concernant fin décembre 2001.

quart des nouveaux usagers (Tableau 4). Il s'agit d'une tendance qui s'est exprimée tout au long de l'année (respectivement 25%, 23%, 19% et 10% du premier au quatrième trimestre).

Les nouveaux usagers sont très légèrement plus jeunes que ceux de 2002. La classe d'âge des moins de 20 ans reste toutefois inchangée par rapport à 2002 (2%) (Tableau 4).

La provenance des nouveaux usagers du Quai 9 a évolué depuis 2002. Les personnes domiciliées à Genève sont proportionnellement moins nombreuses en 2003 alors que la proportion des personnes domiciliées sur sol vaudois ou en France est en augmentation (Tableau 4). Le fléchissement de la proportion des usagers genevois a été constant tout au long de l'année. Les très jeunes usagers (< 20 ans) sont plus nombreux parmi les personnes domiciliées dans le canton de Vaud (5%) que parmi celles domiciliées à Genève ou en France (2%).

Un peu plus de la moitié (51%) des nouveaux usagers de 2003 vivent d'allocations d'aide sociale ou de rentes d'assurances sociales. Cette proportion est en diminution par rapport à l'année précédente (60%). En compensation, la proportion des personnes vivant des revenus de leur travail augmente, passant de 33 à 42% (Tableau 4).

Tableau 4 Profil socio-démographique des usagers du Quai 9 à l'entrée : comparaison entre 2002 et 2003 (en %)

	2002 N=736	2003 N=378
<b>Sexe</b>		
Hommes	73	81
Femmes	27	19
<b>Age</b>		
Age moyen	32.7 ans	32.0 ans
Age moyen des hommes	32.6 ans	31.9 ans
Age moyen des femmes	32.9 ans	32.3 ans
Age minimum	18 ans	18 ans
Age maximum	62 ans	58 ans
< 20	2	2
20-24	9	14
25-29	23	23
30-34	28	29
35+	38	32
<b>Domicile principal le dernier mois</b>		
Domicile fixe	84	79
Sans domicile fixe	16	20
Prison	-	1
<b>Canton</b>		
Domicilié dans le canton de Genève	70	54
Domicilié dans le canton de Vaud	11	16
Domicilié en France	15	23
Autres	5	8
<b>Présence enfant(s)</b>		
Oui	32	31
<b>Sources de revenu dernier mois</b>		
Activité professionnelle	33	42
Aide sociale et assurance	60	51
Famille, ami	9	15
Revenu illégaux et prostitution	5	6

Par rapport à 2002, les nouveaux usagers du Quai 9 n'ont pas changé en ce qui concerne l'âge moyen auquel ils se sont injectés pour la première fois de la drogue (21.5 ans) (Tableau 5).

La proportion des nouveaux usagers recevant un traitement de substitution diminue par rapport à 2002 (46% contre 59%). Cette tendance est relativement récente. Elle concerne les deux derniers trimestres 2003 (respectivement 37% et 34% contre 51% et 55% durant les deux premiers trimestres). Un tiers des nouveaux usagers reçoit de la méthadone (contre 52% en 2002) et un dixième du Subutex®. La proportion des personnes recevant ce dernier produit a doublé depuis 2002, reflétant probablement la part croissante des personnes domiciliées en France parmi les nouveaux usagers du Quai 9 (Tableau 5).

Les nouveaux usagers du Quai 9 en traitement de substitution au moment de remplir le questionnaire d'entrée étaient proportionnellement plus âgés (34.4 vs 30.2 ans), plus fréquemment de sexe féminin (57% vs 44%), plus nombreux à disposer d'un domicile fixe (51% vs 35%) et plus nombreux à être domiciliés en France (58% vs 46% et 42% pour Genève et Vaud respectivement).

Les multiconsommateurs (i.e. les personnes qui consomment héroïne et cocaïne) représentent la majorité des nouveaux usagers (56%). Leur proportion est en augmentation par rapport à 2002. Ceux qui sont par ailleurs en traitement de substitution représentent 23% des nouveaux usagers, leur proportion est stable par rapport à 2002. En revanche, les multiconsommateurs sans traitement de substitution sont proportionnellement plus nombreux qu'en 2002 (Tableau 5), leur augmentation s'est produite durant les deux derniers trimestres 2003.

Les monoconsommateurs d'héroïne représentent 15% des nouveaux usagers. Un tiers d'entre eux sont simultanément en traitement de substitution. Quant aux monoconsommateurs de cocaïne, ils représentent 19% des nouveaux usagers, dont  $\frac{3}{4}$  environ sont en traitement de substitution. La proportion des monoconsommateurs de cocaïne est en diminution par rapport à la première année de fonctionnement du Quai 9 (Tableau 5).

La proportion des nouveaux usagers du Quai 9 consommant régulièrement de l'héroïne a augmenté alors que celle des personnes consommant régulièrement de la cocaïne ou des benzodiazépines diminue. Le nombre moyen d'injections effectuées le jour avant de remplir le questionnaire d'entrée au Quai 9 demeure pratiquement inchangé (deux environ) (Tableau 5).

Vingt et une personnes (dont dix ne suivent aucun traitement) n'ont consommé ni héroïne ni cocaïne ni benzodiazépines durant le mois précédant leur entrée au Quai 9. A une exception près, les usagers formant ce groupe ne se sont pas injecté le moindre produit la veille de leur arrivée au Quai 9. Pour 23 autres usagers l'information fait défaut pour les trois produits.

Vingt nouveaux usagers ont commencé à s'injecter durant l'année de leur arrivée au Quai 9. Parmi eux, neuf d'entre eux n'avaient eu aucune injection la veille. Deux d'entre eux ont procédé à leur première injection au Quai 9, un avait eu sa première injection une semaine auparavant, un deux mois auparavant. Pour les cinq autres, aucune information supplémentaire n'est disponible. Le nombre de personnes susceptibles d'avoir effectué leur première injection au Quai 9 se situe ainsi entre 2 et 7 sur 378 nouveaux usagers. En 2002, l'estimation était assez semblable puisqu'elle se situait entre 4 et 12 personnes (sur 736).

Tableau 5 Profil de consommation des nouveaux usagers du Quai 9 : comparaison entre 2002 et 2003 (en %)

	2002 N=736	2003 N=378
<b>En traitement</b>	59	46
Traitement héroïne	1	<1
Traitement méthadone	52	34
Traitement Subutex®	5	11
<b>Drogues dures consommées au cours du dernier mois</b>		
Pas en traitement, aucune drogue dure (héroïne ou cocaïne)	3	5
Pas en traitement, consommateurs héroïne seulement	5	10
Pas en traitement, consommateurs cocaïne seulement	8	5
Pas en traitement, multiconsommateurs : héroïne + cocaïne	26	33
En traitement, aucune drogue dure (héroïne ou cocaïne)	7	5
En traitement, consommateurs héroïne seulement	5	5
En traitement, consommateurs cocaïne seulement	24	14
En traitement, multiconsommateurs : héroïne + cocaïne	24	23
<b>Consommation régulière (au moins plusieurs fois par semaine) durant le dernier mois</b>		
Héroïne	28	37
Cocaïne	38	31
Benzodiazépines	22	15
<b>Nombre moyen d'injections la veille<sup>6</sup></b>	1.8 injections	2.1 injections
<b>Age moyen à la première injection</b>	21.2 ans	21.5 ans
<b>Durée moyenne de la période de consommation par injection</b>	11.6 années (0-37 années)	10.7 années (0-36 années)

Les informations recueillies auprès des nouveaux usagers du Quai 9 à propos de leur dernière injection montrent que pour près de trois quarts d'entre eux elle s'est déroulée à domicile et pour un quart dans un lieu public. La proportion de personnes ayant effectué leur dernière injection dans un lieu public a légèrement augmenté (Tableau 6). C'est une tendance que l'on observe tout au long de l'année (de 17% à 31%). Des constats analogues peuvent être posés à propos de la prochaine injection que les usagers comptent réaliser hors du Quai 9 : le choix d'un lieu public connaît une légère progression (Tableau 6) qui s'observe au fil des trimestres (de 12% à 24%).

Quatre nouveaux usagers sur cinq s'injectent principalement dans le bras. Leur proportion n'a connu aucune modification depuis 2002. Il en va de même pour la répartition des injections dans d'autres parties du corps (Tableau 6).

<sup>6</sup> Calculé sur tout le monde (les 0 y compris).

Tableau 6 Cadre de la dernière injection, points principaux d'injection, état des veines et exposition aux risques d'infection des nouveaux usagers du Quai 9 (en %)

	2002 N=736	2003 N=378
<b>Lieu de la dernière injection</b>		
Domicile	75	72
Lieu public	20	27
Ne sait pas, en prison	5	1
<b>Lieu supposé de la prochaine injection hors du Quai 9</b>		
Domicile	74	75
Lieu public	13	20
Ne sait pas ou 2 réponses	12	5
<b>Injection soi-même</b>	94	86
<b>Injection autrui</b>	32	32
<b>Point principal d'injection</b>		
Bras	81	80
Mains	7	3
Jambes	4	3
Cou	2	1
Aine	2	3
Autre <sup>7</sup>	3	2
Réponses manquantes	2	9
<b>Etat des veines actuel</b>		
Bon	41	54
Moyen	32	31
Mauvais	26	16
<b>Problèmes infectieux durant le dernier mois</b>	15	11
<b>Partage de seringues</b>		
Durant les 6 derniers mois	9	8
Durant le dernier mois	4	4

Un peu plus de la moitié des nouveaux usagers estime avoir des veines en bon état. Cette proportion est plus importante qu'en 2002. Un usager sur dix environ déclare avoir connu des problèmes infectieux durant le mois précédant la présentation du questionnaire.

Le partage de seringues usagées n'a pas évolué par rapport à 2002 : 8% des nouveaux usagers l'ont pratiqué au cours des six mois précédant la présentation du questionnaire et 4% au cours du mois précédent.

Comme en 2002, la quasi totalité des nouveaux usagers ont été testés pour le VIH. Toutefois, la proportion des personnes récemment testées (durant l'année de leur entrée au Quai 9) diminue très sensiblement par rapport à 2002. La prévalence – rapportée – ne s'est pas modifiée par rapport à 2002. Compte tenu de la plus grande période qui sépare du dernier test, cette prévalence pourrait en réalité être plus élevée (Tableau 7).

On constate une tendance analogue à propos des hépatites B et C : une très forte majorité de personnes ont été testées mais la proportion des personnes récemment contrôlées diminue

<sup>7</sup> Aisselle, pieds, sexe.

fortement par rapport à 2002. Contrairement au VIH, les tests positifs pour les hépatites sont en augmentation (24% pour la VHB et 58% pour la VHC) (Tableau 7).

Tableau 7 Etat de santé des nouveaux usagers du Quai 9 : comparaison entre 2002 et 2003 (en %)

	Total 2002 N=736	Total 2003 N=350
<b>VIH</b>		
% consommateurs testés	95	93
% testés durant l'année*	76	42
% séropositifs parmi les testés	12	11
<b>Hépatite B</b>		
% consommateurs testés	84	89
% testés durant l'année*	68	32
% séropositifs parmi les testés	17	24
<b>Hépatite C</b>		
% consommateurs testés	90	89
% testés durant l'année*	72	37
% séropositifs parmi les testés	53	58

\* Rapporté aux personnes testées.

### 3.2 MONITORING DE L'ACTIVITÉ À L'ESPACE ACCUEIL

Le monitoring de l'activité qui se déroule dans le cadre de l'espace réservé à l'accueil des usagers<sup>8</sup> repose sur des données quelque peu lacunaires. Ne pouvant déterminer si l'absence de données correspondait à 'aucune présence' – donc à une donnée 'zéro' – ou si elle renvoyait à des omissions au niveau de l'observation, les moyennes ont été calculées sur la base des journées pour lesquelles des informations avaient été relevées. Il peut ainsi en résulter une légère surestimation des personnes présentes à des moments donnés<sup>9</sup>.

En 2003, les variations journalières du nombre moyen de personnes présentes à certains moments dans l'espace accueil du Quai 9 sont assez importantes (minimum 2, maximum 23 personnes) (Figure 1). Depuis le mois de septembre 2002, la moyenne mensuelle des personnes présentes<sup>10</sup> varie cependant peu : entre 7 et 9 personnes environ (Figure 2).

<sup>8</sup> Ce constat vaut aussi pour le relevé des autres activités.

<sup>9</sup> Pour rendre compte de la fréquentation de l'espace accueil, l'équipe du Quai 9 a relevé à plusieurs heures précises de la journée le nombre de personnes s'y trouvant.

<sup>10</sup> Total des personnes présentes lors des différents relevés au cours d'un mois divisé par le nombre de relevés effectués au cours du même mois.

Figure 1 Espace accueil : nombre moyen de personnes présentes à des moments précis en 2003

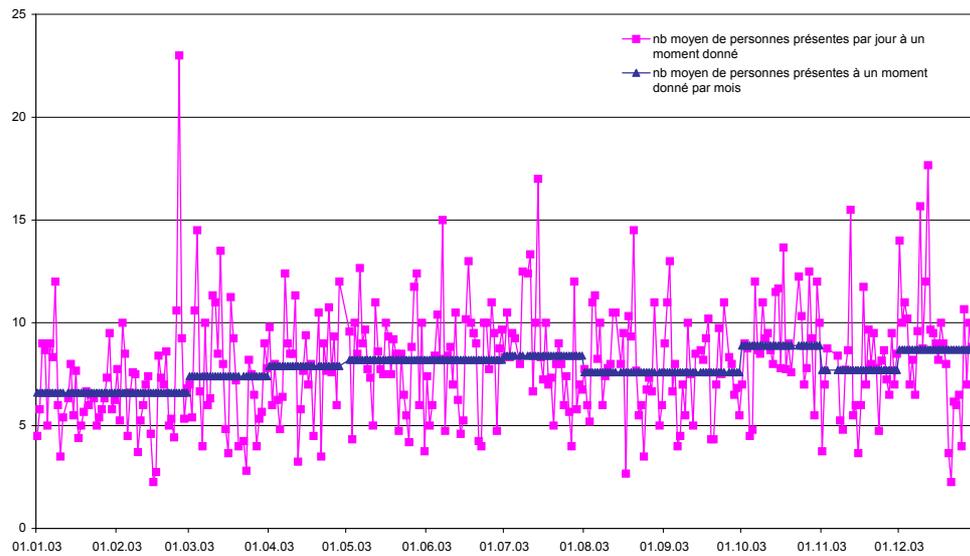
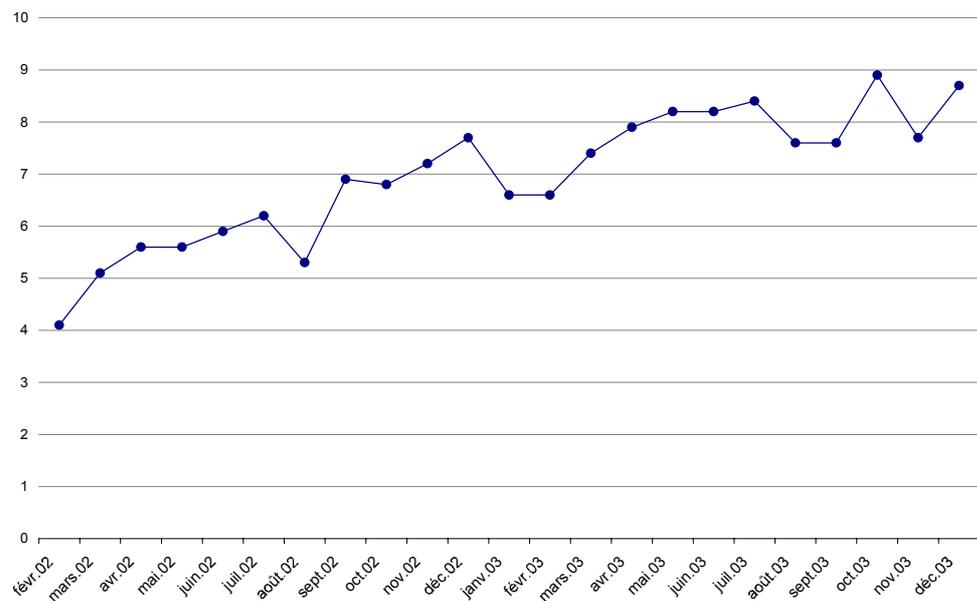


Figure 2 Espace accueil : moyennes mensuelles des personnes présentes à des moments précis, 2002-2003



### 3.3 MONITORING DE L'ACTIVITÉ EN SALLE D'INJECTION

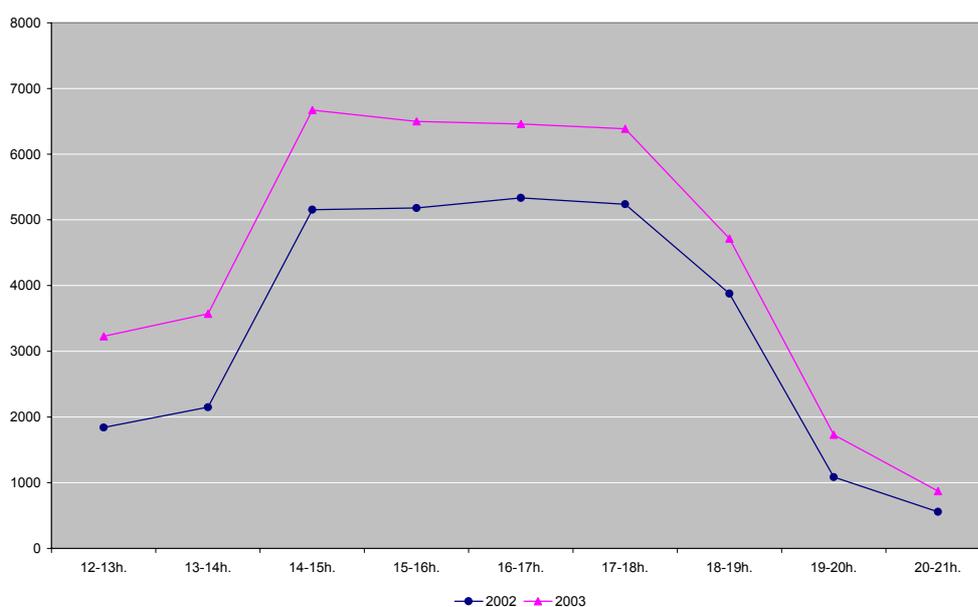
La fréquentation de la salle d'injection a connu une hausse sensible par rapport à 2002, croissant de 30417 à 40177 passages. Cette différence s'explique en partie par le fait que 2002 constituait la première année d'activité du Quai 9. La moyenne quotidienne des passages en salle d'injection est également en augmentation (2002 : 86.4 ; 2003 : 110.9). Mesurée par mois, cette fréquentation a connu une hausse continue jusqu'en juin puis a progressivement diminué jusqu'en décembre (Tableau 8).

Tableau 8 Nombre de passages en salle d'injection du Quai 9 par mois en 2003 (N=40177)

Mois	Total passages	% de passages de femmes	N jours d'ouverture	N moyen de passages par jour
Janvier	3039	33.8	31	98.0
Février	2838	25.7	28	101.4
Mars	3270	26.5	31	105.5
Avril	3138	26.3	28	112.1
Mai	3516	31.7	30	117.2
Juin	3867	29.9	30	128.9
Juillet	3731	36.7	31	120.4
Août	3567	32.2	31	115.1
Septembre	3408	29.4	30	113.6
Octobre	3416	26.9	31	110.2
Novembre	3133	25.6	30	104.4
Décembre	3254	25.9	31	105.0
<b>Total</b>	<b>40177</b>	<b>29.4</b>	<b>362</b>	<b>110.9</b>

L'après-midi (14h00 à 18h00) correspond à la plage de fréquentation maximale de la salle d'injection (Figure 3). L'augmentation de fréquentation par rapport à 2002 se répercute sur toutes les heures d'ouverture du Quai 9. On relèvera toutefois que la structure a étendu ses heures d'ouverture à partir d'avril 2002 (12h00-14h00 et 19h00-21h00) et que les différences observées pour ces deux plages ne sont que partiellement attribuables à l'augmentation de la fréquentation.

Figure 3 Nombre de passages par heure en salle d'injection : comparaison entre 2002 et 2003



Vingt-neuf pour-cent (29%) des injections enregistrées en 2003 ont été réalisées par des femmes. Les injecteurs (des deux sexes) sont âgés de 33.6 ans en moyenne. La légère augmentation d'âge observée

par rapport à 2002 peut s'expliquer par un effet de cohorte. Comme en 2002, la très grande majorité des injections se déroule en moins de quinze minutes.

La proportion de cocaïne dans les produits consommés a diminué. Cependant, la cocaïne est restée le produit le plus fréquemment consommé en 2003. Les injections de mélanges de différents produits et celles à base de seule héroïne représentent chacune environ un quart du total (Tableau 9). La consommation d'héroïne a connu une augmentation relativement marquée durant le dernier trimestre (32%). S'agissant des mélanges de produits, des informations sont disponibles à partir de fin 2002 seulement. Elles permettent de constater la prépondérance de la consommation simultanée d'héroïne et de cocaïne. Enfin, les injections à base d'un seul médicament ont connu une diminution tout au long de l'année, passant de 2.8% à 1% du total. Par rapport à 2002, on relèvera avant tout le recul de la part des injections à base de seule cocaïne et l'augmentation concomitante de celles à base de seule héroïne et de celles combinant divers produits (Tableau 9).

Les injections effectuées par les hommes sont proportionnellement plus nombreuses à être à base de mélanges que celles effectuées par les femmes (27% vs 17%). Les injections féminines sont par contre proportionnellement plus nombreuses à être à base de cocaïne (60% vs 45%).

La majorité des injections s'effectuent dans le bras. Bien que ne constituant qu'une faible proportion du total (5% environ), les injections réalisées dans le cou (tendanciellement plutôt à base de cocaïne) ou dans l'aîne (plutôt des médicaments) représentent tout de même plus de 2000 actes pouvant être considérés comme relativement problématiques. S'y ajoutent 4300 injections dans les mains, zone anatomique pourtant déconseillée par l'équipe du Quai 9. Aucune différence significative n'est observée, entre 2002 et 2003, en ce qui concerne la répartition anatomique des injections (Tableau 9).

Trois quarts des injections masculines sont effectuées dans les bras ; cette proportion n'est que de 56% pour les injections effectuées par les femmes. Par ailleurs, les injections dans les bras sont plutôt le fait des usagers les plus jeunes (32.9 ans en moyenne vs 33.8 à 38.0 pour les autres parties du corps).

Tableau 9 Description des injections réalisées dans la salle d'injection du Quai 9 : comparaison entre 2002 et 2003 (en %)

	2002 N=30417	2003 N=40177
<b>Sexe</b>		
Hommes	69	71
Femmes	31	29
<b>Age moyen</b>	33.0 ans	33.6 ans
<b>Durée des injections</b>		
Maximum 15 minutes	84	87
Entre 16-30 minutes	19	12
Plus de 30 minutes	1	2
<b>Produits consommés</b>		
Héroïne	17	23
Cocaïne	63	49
Méthadone	1	2
Médicament	4	2
Mélange	16	24

	2002 N=30417	2003 N=40177
dont <sup>11</sup> ■ héroïne + cocaïne	-	20
■ héroïne + médicament	-	1
■ cocaïne + méthadone	-	1
■ cocaïne + médicament	-	1
■ autres mélanges	-	1
<b>Points d'injection</b>		
Bras	70	71
Main	10	10
Pied	2	2
Cou	2	1
Jambe	7	6
Aine	3	4
Poignet	1	<1
Autres (essentiellement plusieurs points cités)	5	5
Inconnu	1	<1

Les données concernant des épisodes de surconsommation et de surdose – sans distinction entre les deux toutefois – ne sont disponibles qu'à partir du 4 mars 2003. Pour la période précédente, Quai 9 n'est pas en mesure de déterminer si l'absence de données correspond à l'absence d'événements ou à une absence de relevé.

Pour la période documentée, 19 événements ont été relevés. Six concernent des femmes. Sept situations ont été mentionnées pour le mois de mars, deux en juin, cinq en juillet, trois en septembre et deux en décembre. De la cocaïne était en cause à six reprises, un médicament à trois reprises et de l'héroïne une seule fois. Les six autres épisodes dont on dispose de l'information étaient attribués à des cocktails (2 fois à base de cocaïne/méthadone/médicament, 3 fois héroïne plus cocaïne, 1 fois cocaïne plus méthadone et 1 fois cocaïne plus médicament). Une assistance respiratoire a été prodiguée à quinze occasions et Quai 9 a requis 15 fois l'intervention du 144.

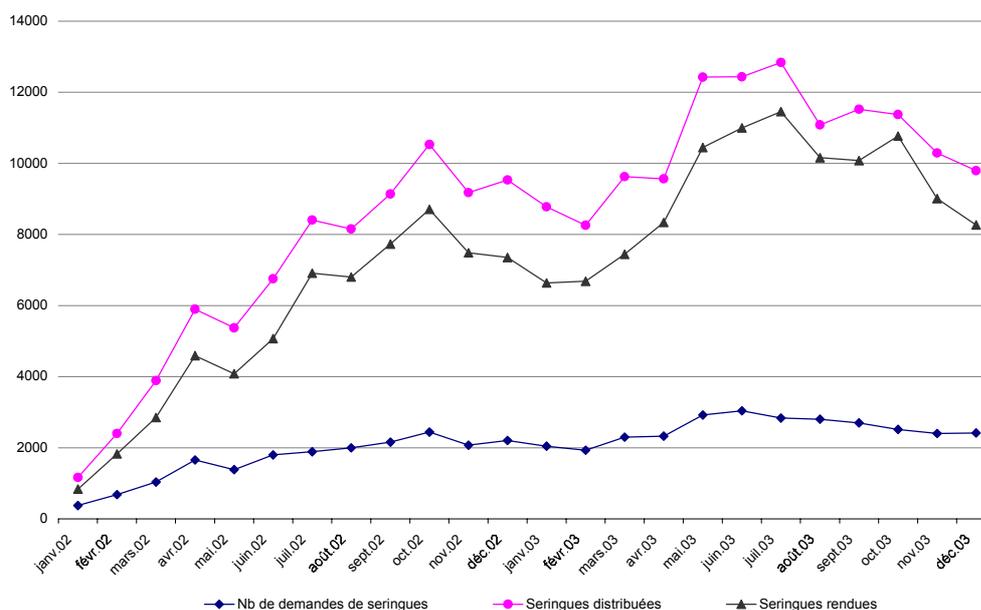
Par rapport à 2002 et sur la base des informations disponibles, les événements problématiques ont connu une diminution très sensible (de 56 sur une année à 19 sur dix mois). Le nombre des appels au 144 a connu une tendance analogue (de 29 à 15).

### 3.4 MONITORING DE LA DISTRIBUTION DE SERINGUES

Outre la remise du matériel employé en salle d'injection, Quai 9 remet des seringues destinées à des injections effectuées en dehors de ses locaux. Il en tient un décompte séparé.

<sup>11</sup> Ces données n'existent pas pour la totalité de l'année 2002 (elles sont très semblables à celles du dernier trimestre 2002 mais augmentées par rapport au 3<sup>ème</sup> trimestre 2002).

Figure 4 Demandes de seringues, seringues distribuées et seringues rendues, par mois, 2002-2003



Note : les données de fin décembre 2001 sont comprises dans celles de janvier 2002

En 2003, 127982 seringues ont été distribuées pour être emportées (354/jour en moyenne), soit une augmentation de 59% par rapport à 2002 (Figure 4 et Tableau 10). L'augmentation en salle d'injection est moins importante puisqu'elle s'élève à 32.0%. Une injection sur quatre environ (23.8%) se fait ainsi au Quai 9. Cette proportion est restée stable par rapport à 2002 (27.4%).

Le nombre de seringues par demande (contact) est resté stable entre 2002 et 2003 avec une variation – en 2003 – entre 4.0 et 4.5). En revanche, le taux de retour des seringues a progressé à 86.2% (Tableau 10).

Au total, en 2003, 30250 demandes ont été enregistrées (84/jour en moyenne) ce qui représente une augmentation de 54% par rapport à 2002. La proportion des demandes provenant de femmes s'élève à 22.3% (la fourchette varie entre 25.5% et 18.6% avec une légère tendance à la baisse au dernier trimestre).

Tableau 10 Nombre de seringues distribuées et rendues : comparaison 2002 et 2003

	2002 <sup>12</sup>	2003
Total demandes de seringues (contacts)	19705	30250
Nombre de seringues par demande	4.1	4.2
Total seringues distribuées	80420	127982
Total seringues rendues	64248	110280
Taux de retour	79.9%	86.2%
Total seringues distribuées y compris celles pour la salle d'injection	110837	168159

<sup>12</sup> Y compris les données de fin décembre 2001.

A Genève, des seringues sont également disponibles auprès du BIPS. En 2003, ce dernier en a remis 112223 à l'occasion de 26859 contacts. Cumulé aux chiffres obtenus pour Quai 9, le total des seringues distribuées<sup>13</sup> à Genève s'élève à 280382. Une seringue sur sept environ (14.3%) distribuée à Genève est utilisée en salle d'injection. Cette proportion est aussi stable par rapport à 2002.

Plusieurs produits sont mis à disposition des usagers, distribués gratuitement (aluminium et préservatifs) ou vendus si les usagers en souhaitent plus que le quota distribué gratuitement (aiguilles, eau, crème et cuillères).

Par rapport à 2002, à l'exception des garrots, la distribution de matériel autre que les seringues a fortement augmenté. Il n'en va pas de même pour les préservatifs dont la distribution (gratuite) est restée à la fois stable et extrêmement faible (Tableau 11)<sup>14</sup>.

Tableau 11 Matériel distribué ou vendu : comparaison entre 2002 et 2003

	2002	2003
Aluminium	1600	3777
Aiguilles vendues	952	1402
Cuillères vendues	200	607
Eau vendue	1002	1679
Crèmes vendues	128	213
Garrots vendus	443	422
Préservatifs	701	716

### 3.5 MONITORING DE L'ACTIVITÉ EN SALLE DE SOINS

On dispose d'informations sur l'activité de la salle de soins pour 304 journées seulement. Les comparaisons avec 2002 – où les données manquantes étaient très peu nombreuses – en deviennent un peu malaisées.

D'une année à l'autre, le volume de cette activité est en légère augmentation (820 prestations en 2002, 893 en 2003). Les prestations délivrées à des femmes représentent 47% du total (43% en 2002). Toutefois, compte tenu d'une moindre présence féminine parmi les usagers du Quai 9 (31% en 2002 et 29% en 2003 d'injections réalisées par des femmes, 27% et 19% respectivement de femmes parmi les nouveaux usagers et 25% de femmes en salle d'injection observée dans l'étude 'clientèle'), on constate qu'elles reçoivent proportionnellement plus de prestations de soins que les hommes.

<sup>13</sup> Sans celles distribuées par des pharmacies.

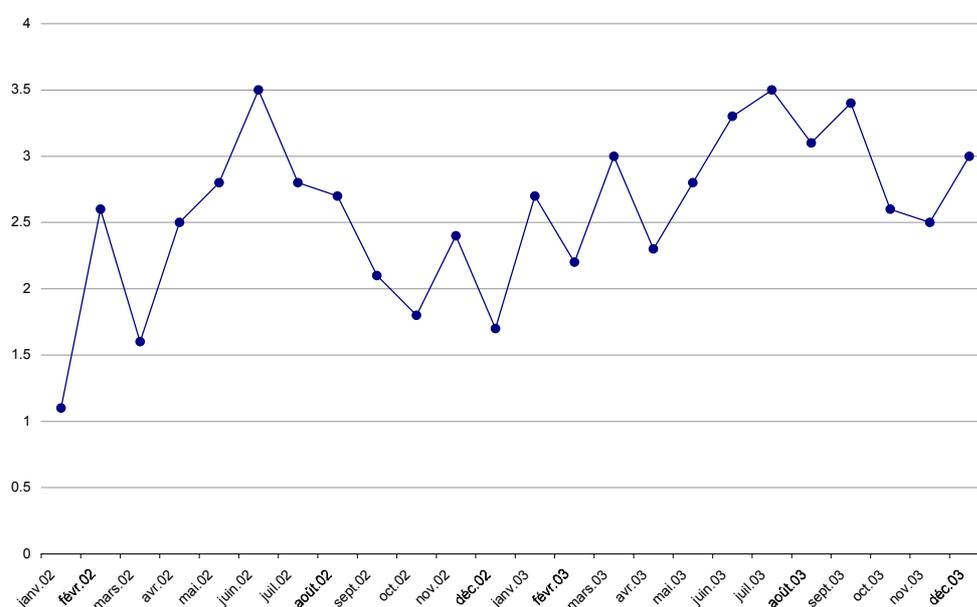
<sup>14</sup> A titre de comparaison, le BIPS en a remis 3524 durant la même période.

Tableau 12 Prestations dispensées dans la salle de soins par mois entre janvier et décembre 2003 (N= 893)

	Nombre de soins	% de soins à des femmes	Nombre de jours avec un relevé	Nombre moyen de soins par jour de relevé
Janvier	63	50	23	2.7
Février	50	42	22	2.2
Mars	83	41	27	3
Avril	54	41	23	2.3
Mai	74	43	26	2.8
Juin	91	52	27	3.3
Juillet	105	49	30	3.5
Août	69	42	22	3.1
Septembre	90	59	26	3.4
Octobre	70	57	26	2.6
Novembre	69	52	27	2.5
Décembre	75	32	25	3
<b>Total</b>	<b>893</b>	<b>47</b>	<b>304</b>	<b>2.9</b>

Note : à cause de 5 réponses manquantes, l'addition des colonnes 'homme' et 'femme' ne correspond pas toujours au total des soins

Figure 5 Nombre moyen quotidien de prestations en salle de soins, selon le mois : comparaison entre 2002 et 2003



Médecin et infirmiers se partagent la majeure partie des soins. Les travailleurs sociaux en accomplissent 21%. Exception faite d'une légère baisse des prestations fournies par les travailleurs sociaux, la situation s'est peu modifiée par rapport à 2002.

La majorité des soins dispensés possède un caractère somatique. La répartition des interventions est analogue à celle observée l'année précédente. Depuis mi-2002, l'équipe du centre relève les

interventions de ‘relais médical’ (i.e. envoi ou accompagnement de l’usager dans une structure sanitaire). Pour 2003, 18% des interventions en salle de soins étaient aussi de cette nature (contre respectivement 10 et 18% aux 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 2002) (Tableau 13).

Tableau 13 Description des prestations effectuées dans la salle de soins du Quai 9 : comparaison entre 2002 et 2003 (en %)

	2002 N=820	2003 N=893
<b>Sexe</b>		
Hommes	58	53
Femmes	41	47
<b>Prestations effectuées par</b>		
Médecin	35	37
Infirmier	34	36
Travailleur social	26	21
A plusieurs	3	5
Inconnu	1	1
<b>Prestations</b>		
Information-discussion	24	20
Soins somatiques	56	57
Information-discussion + soins somatiques	15	19
Autres	3	3
Inconnu	3	2
<b>Relais</b>		
Relais médical	15	18
Relais social + relais médical	-	1
<b>Durée des soins</b>		
Un quart d’heure et moins	68	77
Entre 16-30 minutes	23	19
Plus de 30 minutes	6	4

### 3.6 MONITORING DES PRESTATIONS SOCIALES

Au total, 4692 prestations de nature sociale ont été délivrées durant l’année au Quai 9, dont 4537 prestations individuelles. Eu égard à leur relativement faible présence parmi les usagers du centre, les femmes, avec 40% des prestations individuelles, ont proportionnellement plus bénéficié de cet aspect de l’activité du Quai 9 (Tableau 14).

Bien que limitée par certains contingents (observation réduite au 2<sup>ème</sup> semestre pour 2002 ; 22 jours dont l’observation est manquante en 2003), la comparaison entre les deux exercices fait apparaître une légère augmentation de la moyenne quotidienne des prestations délivrées (11.7 en 2002 et 13.8 en 2003)

<sup>15</sup> Ces informations n’ont été relevées qu’à partir du 3<sup>ème</sup> trimestre 2002 (10% au 3<sup>ème</sup> et 18% au 4<sup>ème</sup>), aucune comparaison n’est donc possible.

Tableau 14 Prestations sociales dispensées au Quai 9 par mois (janvier-décembre 2003)

	prestations individuelles	% de prestations à des femmes	prestations collectives	total des prestations sociales	N jours de relevé	N moyen de prestations sociales par jour
<b>Janvier</b>	369	44	7	376	29	12.9
<b>Février</b>	397	39	7	404	27	14.9
<b>Mars</b>	415	39	11	426	29	14.6
<b>Avril</b>	362	37	10	372	28	13.2
<b>Mai</b>	364	36	22	386	28	13.7
<b>Juin</b>	336	35	12	348	28	12.4
<b>Juillet</b>	408	42	22	430	30	14.3
<b>Août</b>	397	41	12	409	29	14.1
<b>Septembre</b>	361	41	16	377	26	14.5
<b>Octobre</b>	384	40	11	395	27	14.6
<b>Novembre</b>	388	39	6	394	29	13.5
<b>Décembre</b>	356	43	19	375	30	12.5
<b>Total</b>	<b>4537</b>	<b>40</b>	<b>155</b>	<b>4692</b>	<b>340</b>	<b>13.8</b>

L'écoute représente la majeure partie des interventions sociales. Elle est suivie par un groupe de trois prestations (entretiens, activité de relais et gestion du stress ou de la violence) (Tableau 15).

Le volume des différents types de prestations évolue peu au fil des mois. On relèvera toutefois que les interventions en vue de gérer des situations de stress ou de violence ont connu un pic en août et les interventions concernant des problèmes avec le voisinage en juillet.

La comparaison avec les données récoltées durant le deuxième semestre 2002 font apparaître une grande stabilité dans la répartition des interventions à caractère social.

Tableau 15 Détail des prestations sociales dispensées au Quai 9 par mois (janvier-décembre 2003)

	Ecoute	Entretien	Information	Relais	Douches	Gestion stress et violence	Accompagnement extérieur	Voisinage
<b>Janvier</b>	264	49	15	29	2	41	145	2
<b>Février</b>	310	25	11	38	2	60	0	6
<b>Mars</b>	327	56	9	49	7	32	1	11
<b>Avril</b>	297	28	7	40	6	38	0	9
<b>Mai</b>	259	50	11	66	13	28	4	9
<b>Juin</b>	238	33	17	62	27	31	3	8
<b>Juillet</b>	297	57	6	53	25	30	7	20
<b>Août</b>	244	70	8	39	13	63	0	2
<b>Septembre</b>	288	67	16	57	11	17	2	4
<b>Octobre</b>	293	44	6	41	14	36	0	3

	Ecoute	Entretien	Information	Relais	Douches	Gestion stress et violence	Accompagne- ment extérieur	Voisinage
<b>Novembre</b>	309	55	6	51	6	42	4	4
<b>Décembre</b>	277	62	1	39	10	26	3	5
<b>Total</b>	<b>3403</b>	<b>596</b>	<b>113</b>	<b>564</b>	<b>136</b>	<b>444</b>	<b>169</b>	<b>83</b>

\* Une personne / collectif a pu recevoir plusieurs types de prestations sociales, par conséquent la somme des différents types de prestations peut-être supérieure au nombre de personnes / collectifs ayant bénéficié de prestations.

### 3.7 OBSERVATIONS AUTOUR DU QUAI 9

En 2003, 39 observations ont été réalisées par les travailleurs de rue dans le quartier de la Gare. Elles couvrent tous les mois à l'exception de mai et juin. La présence de dealers a été relevée une fois sur deux (à dix-sept reprises sur les 32 pour lesquelles l'information est disponible). Le nombre le plus élevé de dealers simultanément présents a été de sept (trois en moyenne lorsque leur présence était relevée). Par contre, la présence de consommateurs a été systématiquement observée (treize en moyenne). Il convient cependant de relever que les observateurs ne sont pas toujours en mesure de distinguer entre dealers et consommateurs et que les doutes dont ils ont fait part sur leurs fiches d'observation rendent ces données relativement approximatives.

Des observations sur la consommation et sur le trafic visibles n'ont été relevées qu'à partir de juillet 2003. Sur 31 observations, le trafic – plus ou moins apparent – a été observé à dix-huit reprises et la consommation à onze reprises.

Les observations effectuées dans le quartier des Grottes ont été moins nombreuses : douze, effectuées d'avril à décembre, mois d'août exclu. Des dealers n'ont été observés qu'à trois reprises (un à chaque fois). A l'exception de deux observations, la présence de consommateurs a par contre toujours été relevée. Dans ce secteur, les intervenants n'ont relevé aucune situation de trafic ou de consommation visibles (observations relevées qu'à partir de juillet 2003).

Des *dealers* ont été présents à neuf reprises sur les onze observations effectuées devant 'Télécard Shop' (six en moyenne lorsqu'ils étaient présents). Des consommateurs y ont été observés à chaque fois (six consommateurs en moyenne). Trafic et consommation n'ont été repérés qu'une fois au cours des six observations réalisées (à partir de juillet 2003 seulement).

Par rapport aux observations réalisées en 2002, la situation semble être plutôt stable avec toutefois une diminution du nombre de dealers apparents.

#### 3.7.1 Données sur l'ordre public relevées par la Police cantonale genevoise

M. Didier Froidevaux, directeur des études stratégiques de la Police cantonale, nous a fourni un rapport (la totalité figure en Annexe 8.1) sur la sécurité publique dans les environs du Quai 9.

Le monitoring de la sécurité publique dans les environs du Quai 9 repose à la fois sur l'évolution d'un indicateur de petite et moyenne criminalité<sup>16</sup> ainsi que sur le relevé des interventions selon le 'journal des événements' qui contient notamment des informations sur les appels au 117. Pour

<sup>16</sup> Qui ne prend pas en considération les infractions relevant des stupéfiants.

2003, la police genevoise a également tenu compte de statistiques relatives à l'activité de sa *Task Force Drogue*.

En 2003, l'indicateur de petite et moyenne criminalité a enregistré une sensible augmentation dans la zone où se trouve Quai 9. Les événements en rapport avec le thème de la drogue sont en revanche moins nombreux et passent d'une moyenne mensuelle de 18 en 2002 à 11 pour 2003. Pour sa part, la *Task Force Drogue* a été très active dans le secteur et plus particulièrement dans les environs de la Gare Cornavin.

De manière globale, la police constate une aggravation de la situation sur le front de la petite et moyenne délinquance compensée par une diminution apparente de l'activité des dealers (effectif en baisse, activité plus discrète). Cette évolution contrastée l'amène à constater que la réduction de l'insécurité subjective passe par une visibilité accrue de la présence policière.

### 3.8 CONSTATS

- En termes de nouveaux usagers, Quai 9 a probablement atteint sa vitesse de croisière avec une nouvelle personne remplissant chaque jour le questionnaire d'entrée. La proportion des femmes et celle des personnes domiciliées à Genève est en recul par rapport à l'année précédente. On continue d'observer l'arrivée d'un certain nombre de nouveaux usagers qui n'ont consommé aucun des produits énumérés dans le questionnaire d'entrée durant le mois précédant leur enregistrement et qui pourraient être dans une situation de reprise de consommation, avec un risque d'overdose. En outre, entre deux et sept personnes pourraient avoir utilisé Quai 9 pour y réaliser leur première injection.
- Le nombre d'injections effectuées au Quai 9 (40 177) a augmenté d'un tiers entre 2002 et 2003. Si cette progression peut en partie s'expliquer par le fait que 2003 n'a pas connu la phase de démarrage ayant caractérisé l'année précédente, d'autres facteurs peuvent également avoir exercé une influence. On pense notamment à l'augmentation du nombre des usagers ainsi qu'à celle du nombre d'injections par personne et l'on soulignera à ce propos le conseil prodigué au Quai 9 de s'injecter parfois en deux fois le produit consommé. La distribution des injections durant la journée ne s'est pas modifiée. C'est toujours durant l'après-midi que Quai 9 enregistre les taux les plus élevés d'accès horaire à la salle d'injection. C'est également durant ces heures que l'augmentation de la fréquentation s'est le plus marquée.
- Des variations ont été observées dans la distribution des produits consommés. La part de l'héroïne (consommée seule) et des cocktails est en augmentation. Celle de la cocaïne est en recul. Comme en 2002, la majeure partie des injections s'effectuent au niveau des bras. On continue toutefois de relever des injections à risque (dans le cou, à l'aîne ou sur les mains). Les accidents de consommation (surdoses) ont fortement diminué par rapport à l'année précédente.
- Le volume des demandes (30 250) ainsi que le nombre des seringues remises pour un usage hors Quai 9 (127 982) ont connu une sensible augmentation. En revanche, le nombre d'unités remises à l'occasion de chaque demande est stable (4,2). On peut calculer qu'une injection sur quatre (23,8%) se déroule dans le cadre Quai 9 avec le matériel remis par l'institution. Sur la base des données fournies par les structures qui participent à la remise de matériel d'injection sur le territoire de la ville de Genève, la proportion des injections effectuées au Quai 9 peut être estimée à environ une sur sept. Ces valeurs sont analogues à celles calculées pour 2002. La distribution ou la vente des autres produits ou accessoires accessibles au Quai 9 a enregistré une augmentation sensible par rapport à l'année précédente. Tel n'a toutefois pas été le cas des

préservatifs dont le volume distribué peut être qualifié de dérisoire voire d'inquiétant en regard du problème posé par les relations sexuelles non protégées en matière de diffusion de maladies transmissibles.

- L'espace d'accueil a connu une fréquentation extrêmement variable tout au long de l'année (entre 2 et 23 personnes simultanément présentes). L'effectif moyen des personnes simultanément présentes dans la salle est en légère augmentation par rapport à 2002.
- Les prestations délivrées en salle de soins ont connu une légère augmentation entre 2002 et 2003. Les femmes bénéficient proportionnellement plus que les hommes de cette dimension de l'activité du Quai 9. La répartition des prestations de nature sociale dispensées par les collaborateurs du Quai 9 n'a pas connu de modification. Leur volume est demeuré relativement stable tout au long de l'année. Il est en légère augmentation par rapport à 2002. Dans ce domaine encore, les femmes bénéficient proportionnellement plus de l'activité déployée par Quai 9.
- Pour 2003, l'évaluation porte sur des données qui comportent sensiblement plus de lacunes que celles rassemblées en 2002. Ce constat vaut autant pour les questionnaires que les nouveaux usagers remplissent à leur arrivée au Quai 9 que pour les relevés relatifs aux différentes activités du centre, à l'exception de celui effectué en salle d'injection. Outre qu'elles limitent quelque peu la valeur des conclusions qu'on peut en tirer, les lacunes existant au niveau des questionnaires d'entrée suggèrent aussi que l'équipe a parfois pu perdre des occasions de détecter des situations problématiques et d'intervenir à leur propos.

## 4 SALLE D'INJECTION : TYPOLOGIE D'USAGERS ET SUBSTANCES UTILISEES (ANALYSE DES DONNEES DE 2002)

Pour mieux comprendre l'usage qui est fait de la salle d'injection, une analyse supplémentaire a été effectuée sur les données de 2002<sup>17</sup>. Elle combine les données récoltées en salle d'injection avec celles récoltées à l'entrée au Quai 9 qui contiennent plus de détails sur les individus identifiés au cours de cette première année de fonctionnement. L'analyse ne peut prendre en compte – pour chaque individu - que ce qui est consommé au Quai 9 et ne prétend donc pas définir des types de consommateurs mais bien des types d'utilisateurs de la salle d'injection.

Pour rappel, en **salle d'injection** sont relevées les données suivantes : date, identifiant (prénom ou pseudo, année de naissance), sexe, produit injecté, point d'injection, durée des injections (en 1/4h). En 2002, **30417 injections** ont été effectuées.

On dispose également de données sur les individus au travers du **questionnaire d'entrée** rempli par un membre de l'équipe avec chaque nouveau client désirant utiliser la salle d'injection. Dans le questionnaire d'entrée sont relevées les caractéristiques socio-démographiques de la personne (âge, sexe, identifiant, domicile, canton, présence d'enfant, sources de revenu), des données sur la consommation (âge à la première injection, fréquence de consommation, nombre d'injections la veille, lieu de la dernière et de la prochaine injection – hors Quai 9 – point principal d'injection), exposition aux risques (partage de seringues durant les 6 derniers mois et le dernier mois) et état de santé : état des veines, statut sérologique VIH et hépatite). En 2002, **736 personnes** ont été identifiées.

Cette analyse complémentaire par individu nécessite la fusion des deux fichiers et, par conséquent, des vérifications préalables ('nettoyage de données') pour la préparation des fichiers pour l'analyse. Il s'agit entre autres de supprimer les doublons, les situations où l'on ne dispose que d'un type de donnée et pas des deux, etc. Cette procédure, décrite pas à pas en Annexe 8.4, a abouti à une réduction du nombre d'individus sur lesquels l'analyse a été possible :

- **509 individus**, ce qui correspond par rapport au fichier du questionnaire d'entrée à une perte de 227 individus (31% de perte) ayant effectué **18031 injections** ce qui correspond par rapport au fichier de base en salle d'injection à une perte de 12386 injections (41% de perte).

L'analyse – à proprement parler – des données en salle d'injection par individu s'est déroulée comme suit :

1. Suite à un entretien avec une bio-statisticienne<sup>18</sup>, il a été décidé de procéder à une analyse exploratoire de ces données agrégées par individu avec la perspective de décrire des types d'usagers basés sur leur fréquentation (à l'aide d'indicateurs de fréquence et de dispersion des visites des usagers en salle d'injection). Ces types sont ensuite analysés selon les produits consommés ainsi que selon le sexe et l'âge des usagers.
2. Les données ont été agrégées par individu (pour rappel on travaille avec 509 individus et 18'031 injections) et il a été calculé une durée (en nombre de jours) pour chaque individu.

---

<sup>17</sup> Il n'était pas possible d'effectuer cette analyse – qui prend du temps - avec les données 2003 vu le délai de remise du rapport.

<sup>18</sup> Nous tenons à remercier Madame Christiane Ruffieux de l'IUMSP pour ses précieux conseils.

On constate alors que 118 personnes ne sont venues qu'un seul jour (118/509=23% des individus et ce qui représente 165 injections), 75% d'entre eux n'ont effectué qu'une seule injection (minimum 1 injection, maximum 5 injections en une journée).

391 individus se sont rendus plus d'un jour au Quai 9 (391/509=77% des individus et ce qui représente 17'866 injections) ; le premier quartile est à 5 injections, le deuxième à 15 et le troisième à 43)<sup>19</sup>, (minimum 2 injections, maximum 612 injections).

3. Une typologie a été construite à partir du nombre d'injections durant la première année et le nombre de jours écoulés entre la première et la dernière injection (voir Tableau 16).

#### 4.1 TYPOLOGIE DES USAGERS SELON LE NOMBRE D'INJECTIONS EFFECTUÉES EN 2002 ET LA PÉRIODE ÉCOULÉE ENTRE LA PREMIÈRE INJECTION ET LA DERNIÈRE

Six types ont été formés :

- Type 0 un seul jour de fréquentation en 2002
- Type1 peu d'injections (15 ou moins) réparties sur une courte durée (moins de 3 mois) en 2002
- Type 2 peu d'injections réparties sur une période longue (plus de trois mois)
- Type 3 nombre moyen ou élevé d'injections (16 et plus) réparties sur une durée courte
- Type 4 nombre moyen d'injections (16 à 43) réparties sur une durée longue
- Type 5 nombre élevé d'injections (44 et plus) réparties sur une période longue

Tableau 16 Nombre d'individus et d'injections par types d'usagers (Source : Données en salle d'injection)

TYPE D'USAGER*	Individus		Injections		Moyenne	
	N	%	N	%	Injection	Durée**
0. Usagers venus un seul jour	118	23	165	1	1	0
1. Peu d'injections (<16) /durée courte (<3 mois)	119	23	636	4	5	36
2. Peu d'injections (<16) /durée longue (>3 mois)	81	16	616	3	8	192
3. Nombre moyen ou élevé (16+) d' injections / durée courte	24	5	933	5	39	56
4. Nombre moyen d'injections (16-43) / durée longue	77	15	2128	12	28	221
5. Nombreuses injections (44+) / durée longue	90	18	13553	75	151	263
<b>Total</b>	<b>509</b>	<b>100</b>	<b>18031</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>158</b>

\* Peu = 1 à 15 injections ; moyen = de 16 à 43, nombreuses = 44+. Durée courte < 3mois = <92j, durée longue>3 mois = >91j.

\*\* Nombre de jours écoulés entre la première et la dernière injection

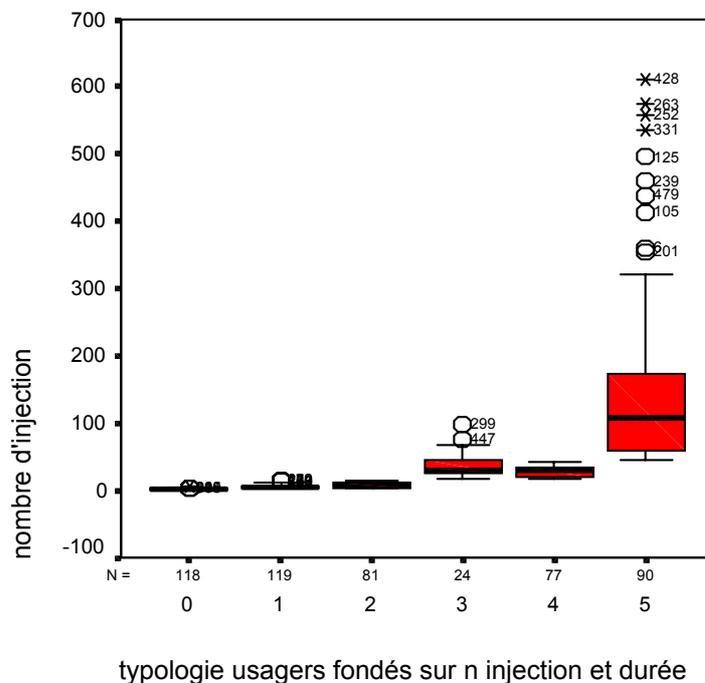
<sup>19</sup> Cela signifie qu'un quart des usagers s'étant rendu plus d'un jour au Quai 9 ont effectué durant la première année 5 injections, un quart entre 6 et 15, un quart entre 16 et 43, un autre quart 44 injections et plus.

Si l'on analyse cette typologie en fonction des individus (N=509) on constate que presque un quart des usagers appartiennent au type 0, un autre quart au type 1, 16% au type 2, 5% au type 3, 15% au type 4 et 18% au type 5. Presque les deux tiers des individus (62%) n'ont fait que 15 injections ou moins au Quai 9.

Par contre si l'on analyse cette typologie en fonction du nombre d'injections (N=18031), trois quarts des injections sont effectuées par des usagers appartenant au type 5, 12% au type 4, 5% au type 3 et moins de 5% pour les autres types.

Le nombre moyen d'injections augmente par définition avec le type : les trois premiers types comptent moins de 10 injections en moyenne, les types 3 et 4 entre 28 et 39 et 151 pour le dernier type. On peut voir cette augmentation au travers des types du nombre moyen d'injection ainsi que de la variance dans la figure suivante (Figure 6).

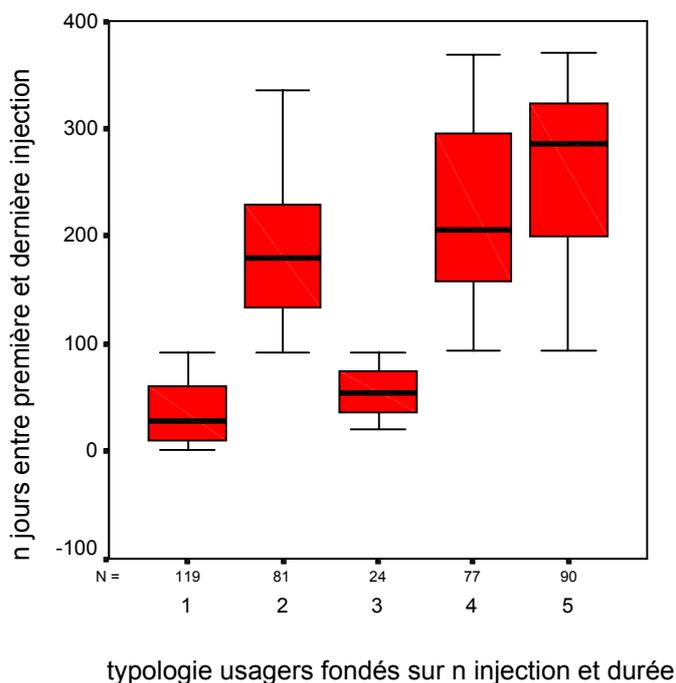
Figure 6 Nombre d'injections par type d'usagers (BOX PLOT)



Note : Les chiffres correspondent aux numéros d'usagers

La durée moyenne de la période sur laquelle se répartissent les injections est nettement plus courte – comme on s'y attend – pour les types 1 et 3 (respectivement 36 et 56 jours en moyenne) ; elle augmente progressivement pour les types 2, 4 et 5 (respectivement 192, 221, 263 jours). La variance est également plus forte parmi ces derniers types (cf. Figure 7).

Figure 7 Nombre de jours écoulés entre la première et la dernière injection par types d'usagers (BOX PLOT)



Parmi les types présentant une durée courte (1 et 3), on peut contrôler la date de la dernière injection. En terme de pourcentages cumulés, 26% des usagers du type 1 ont effectué leur dernière injection avant fin juin 2003, 58% avant fin septembre 2002. Ce qui signifie que globalement 42% des usagers du type 1 ont effectué leur dernière injection durant les trois derniers mois de l'année 2003 (et peuvent probablement ainsi se retrouver en 2003 en salle d'injection). Cette proportion s'élève à 67% pour le type 3. Cela signifie que ce type regroupe à la fois des personnes ayant fréquenté Quai 9 durant une période limitée en 2003 avec un nombre moyen à élevé d'injections et des personnes qui pourraient avoir commencé à fréquenter Quai 9 essentiellement dans les derniers mois de l'année et avoir eu un nombre élevé d'injections qui auraient dû les classer dans le type 5.

#### 4.2 LIENS ENTRE LA TYPOLOGIE ET LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES USAGERS

Le Tableau 17 montre la distribution de certaines caractéristiques des usagers (sexe, âge, proportion de SDF, proportion de personnes en traitement) selon les différents types définis.

Tableau 17 Caractéristiques socio-démographiques par types d'usagers (Source : questionnaire d'entrée)

<b>TYPE D'USAGER*</b>	<b>% femmes</b>	<b>âge moyen</b>	<b>% sans domicile fixe</b>	<b>% en traitement</b>
0. Usagers venus qu'un seul jour	22	33.6	17	64
1. Peu d'injections / durée courte	28	32.6	11	61
2. Peu d'injections / durée longue	32	33.4	10	68
3. Nombre moyen ou élevé d'injections / durée courte	33	30.7	17	46
4. Nombre moyen d'injections / durée longue	17	31.2	27	60
5. Nombreuses injections / durée longue	39	33.6	14	58
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>32.8</b>	<b>16</b>	<b>61</b>

\* Peu = 1 à 15 injections ; moyen = de 16 à 43, nombreuses = 44+.  
Durée courte < 3mois =<92j, durée longue>3 mois =>91j.

Cette typologie est significativement associée au sexe, les femmes sont sur-représentées dans le dernier type (39%) alors qu'elles sont sous-représentées dans le type 4 (17%) et le type 0 (22%) (en moyenne 28% de femmes dans cette analyse).

Par contre cette typologie n'est pas significativement associée à l'âge, la seule tendance observée se situe au niveau du type 3 qui tend à regrouper des usagers plus jeunes (30.7 ans) (en moyenne 32.8 ans dans cette analyse).

On n'observe également pas d'association statistiquement significative entre cette typologie et le domicile. Les usagers du type 4 sont un peu plus nombreux à ne pas avoir de domicile fixe (27% versus 16% en moyenne dans cette analyse).

Aucune association n'est détectée entre cette typologie et le suivi d'un traitement de substitution à l'entrée. Une tendance semble toutefois se dégager : les usagers du type 3 sont proportionnellement un peu moins nombreux à suivre un traitement de substitution (46% versus 61% des usagers suivent un traitement de substitution dans cette analyse).

#### 4.3 LIENS ENTRE LA TYPOLOGIE ET LES SUBSTANCES CONSOMMÉES

La relation entre la typologie et les produits consommés a été examinée de deux manières (Tableau 18) :

- selon les habitudes de consommation rapportées lors de l'entrée : en montrant pour chaque type la proportion de consommateurs réguliers d'héroïne et/ou de cocaïne ;
- selon les consommations déclarées en salle d'injection.

Tableau 18 Consommation par types d'usagers (Source : Questionnaire d'entrée et données en salle d'injection)

TYPE D'USAGER*	Questionnaire d'entrée (N=509)		Salle d'injection (N=18'031)		
	% consommateurs réguliers d'héroïne**	de cocaïne**	d'héroïne	de cocaïne	autres
0. Usagers venus un seul jour	23	28	24	66	10
1. Peu d'injections/durée courte	33	34	28	57	15
2. peu d'injections/durée longue	26	36	20	67	13
3. Nombre moyen ou élevé d'injections/durée courte	46	54	32	45	23
4. Nombre moyen d'injections/durée longue	29	44	16	69	15
5. Nombreuses injections/durée longue	31	47	15	67	18
<b>Total</b>	29	38	17	66	17

\* Peu =1 à 15 injections ; moyen = de 16 à 43, nombreuses = 44+

Durée courte < 3mois =<92j, durée longue>3 mois =>91j.

\*\* Consommateurs réguliers = au moins plusieurs fois par semaine.

A l'entrée, le profil de consommation des usagers ne diffère pas selon cette typologie pour l'héroïne. Une tendance se dégage toutefois, le type 3 rassemble davantage d'usagers réguliers d'héroïne (46% versus 29% en moyenne dans cette analyse). Par contre on observe une association positive avec la cocaïne : les trois premiers types d'usagers comptent moins de consommateurs réguliers de cocaïne (entre 28% et 35%) que les trois suivants (entre 54% et 44%) qui regroupent les consommateurs effectuant de nombreuses injections durant l'année. On remarque aussi que les proportions additionnées pour la consommation à l'entrée restent en-dessous de 100 (sauf pour le type 3), ce qui signe une proportion non négligeable de consommateurs moins réguliers de l'une et/ou l'autre substance dans chaque type (moins dans les 3 derniers).

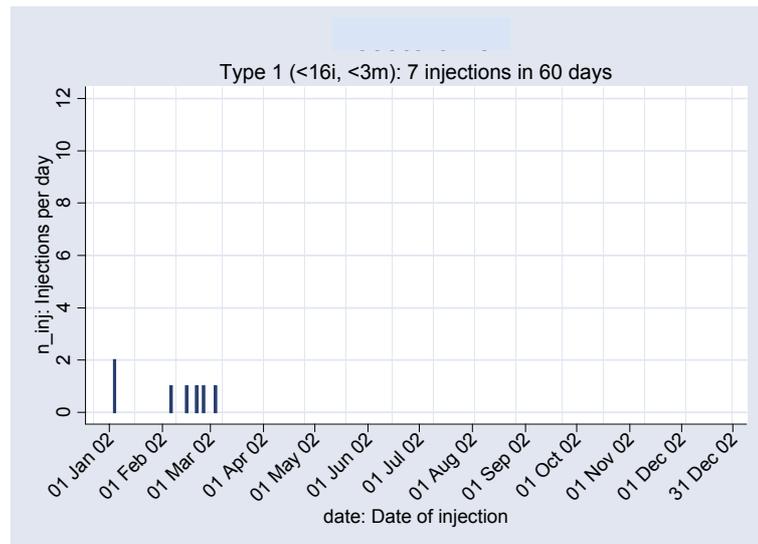
Si l'on considère les produits consommés en salle d'injection selon cette typologie, on constate que les quatre premiers types – plus particulièrement le type 3 – ont davantage consommé de l'héroïne (entre 20% et 32% des injections durant la première année sont constituées d'héroïne) que les suivants (type 4, 16% et type 5, 15%). En ce qui concerne les injections de cocaïne, elles sont proportionnellement moins nombreuses au sein du type 3 mais c'est dans ce type que la proportion de consommations d'autres produits (dont les mélanges d'héroïne et de cocaïne) est la plus importante.

Toutefois, la diversité des profils et histoires de consommation est difficile à capter par l'analyse statistique. L'analyse graphique de la fréquence et de l'intensité des consommations ainsi que l'analyse longitudinale des substances consommées par individu apporte un éclairage supplémentaire sur la diversité des possibilités de consommations qui peuvent être incluses dans le même 'type' d'usager. Pour illustrer ceci, dans chaque catégorie ont été choisis divers usagers (en quelque sorte des 'sous-types') avec le graphique de leur consommation sur l'année 2002 ainsi qu'une brève histoire des produits consommés.

## 4.4 PROFILS D'USAGERS

Femme de 46 ans

Type 1

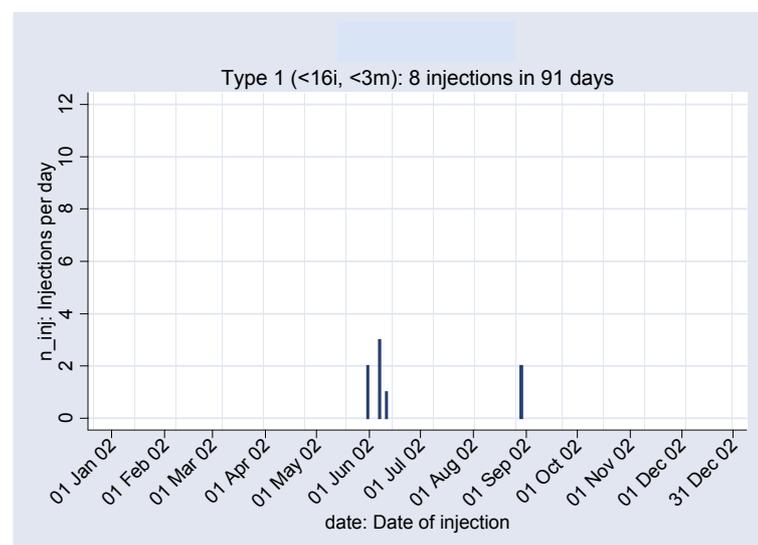


Elle habite à Genève, est mère, au chômage. Elle n'est pas en traitement et s'injecte depuis presque trente ans. Au moment de sa première visite au Quai 9, elle dit s'injecter occasionnellement de l'héroïne et de la cocaïne, à domicile.

En 2002, elle vient de temps en temps au Quai 9 jusqu'en avril puis cesse la fréquentation. Elle s'injecte parfois de l'héroïne, parfois de la cocaïne, dans le bras ou la main.

Homme de 43 ans

Type 1

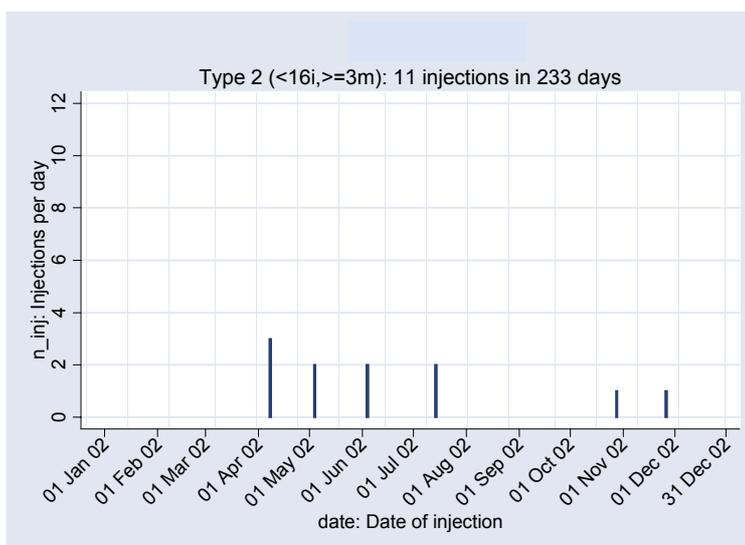


Il vit à moitié à Genève et à moitié en France. Il a un domicile et travaille. Il s'injecte depuis l'âge de 15 ans et suit un traitement de méthadone. Il prend quotidiennement des benzodiazépines (non injectées).

Il est venu quatre jours en l'espace de 3 mois. Il s'injectait de la cocaïne, plusieurs fois par jour.

Femme de 29 ans

Type 2

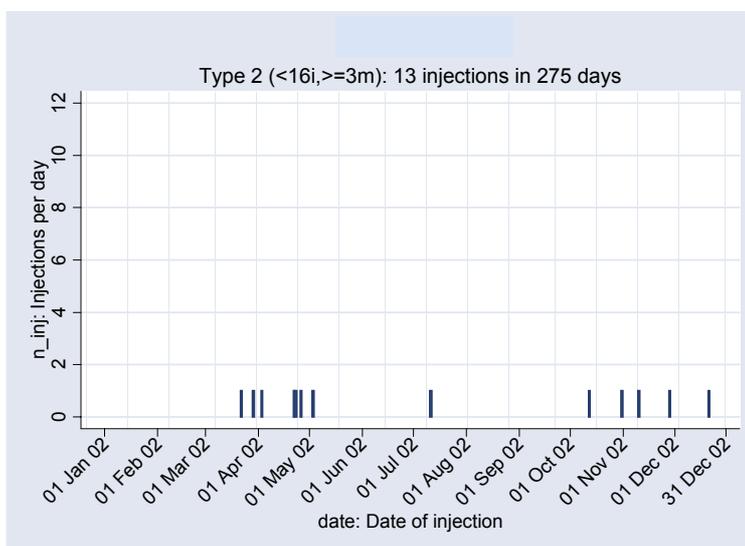


Elle habite en France, a un domicile privé et travaille. Elle s'injecte depuis l'âge de 20 ans. Elle est en traitement de méthadone. Lorsqu'elle vient au Quai 9 pour la première fois, elle dit qu'elle consomme de l'héroïne plusieurs fois par semaine et qu'elle a fait 3 injections le jour précédent. Elle s'injecte à domicile ou dans des lieux publics.

Ses visites se sont espacées dès avril 2002 (environ 1 fois par mois avec un intervalle de 4 mois en automne). Au début, elle effectuait plusieurs injections le même jour, généralement de l'héroïne. Dernière injection : cocaïne. Elle s'injecte toujours dans le bras.

Homme de 34 ans

Type 2

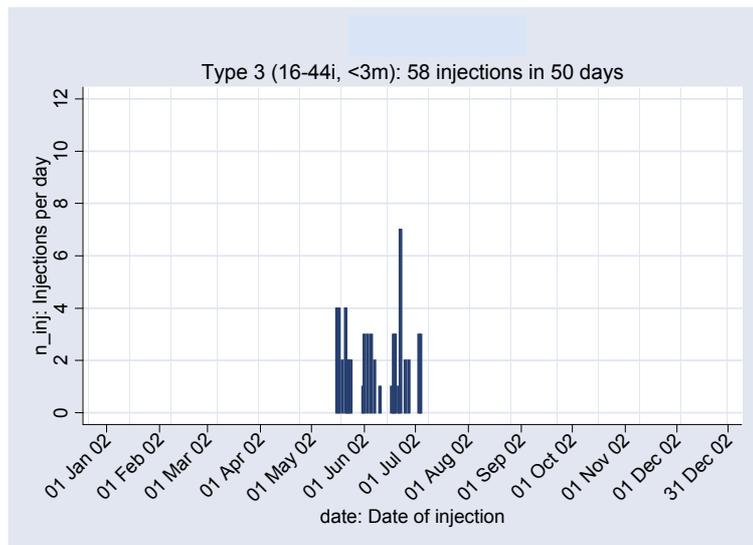


Il est sans domicile fixe à Genève. Il s'injecte depuis l'âge de 13 ans et n'est pas en traitement. Il consomme plusieurs fois par semaine de la cocaïne et quotidiennement de l'héroïne. Ses injections ont lieu dans un appartement. L'état de ses veines est mauvais.

Il a commencé à venir au Quai 9 en mars 2002. Plusieurs périodes distinctes : fin avril – début mai 2002 il s'injecte une fois par jour, pas tous les jours, des produits divers (cocaïne principalement mais aussi mélange héroïne/cocaïne, héroïne, benzos). Une visite isolée en juillet. Plusieurs visites espacées à la fin de l'année, plutôt en fin de semaine, avec consommation de produits divers, principalement de l'héroïne. Il s'injecte surtout dans le cou.

Il pourrait avoir continué en 2003 (et serait alors classé dans le type 4).

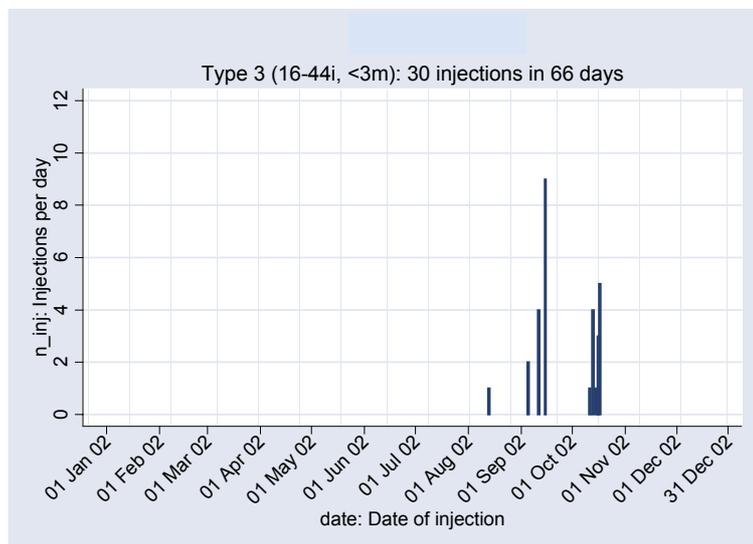
Femme de 40 ans  
Type 3



Elle habite dans le canton de Genève et annonce comme domicile le mois précédent 'résidentiel' (traitement ?). Elle s'injecte depuis l'âge de 22 ans et ne suit pas de traitement de substitution. Elle n'a rien consommé durant le mois précédent (reprise de la consommation après un traitement ?). La dernière injection a eu lieu dans un lieu public.

En 2002, elle est venue au Quai 9 pendant une période brève (moins de deux mois). En général plusieurs injections ont lieu le même jour, plusieurs jours de suite ou avec un à 5 jours d'intervalle. Elle s'injecte presque toujours de la cocaïne. Un jour avec seulement de l'héroïne. Injection dans le bras ou la main.

Homme de 38 ans  
Type 3

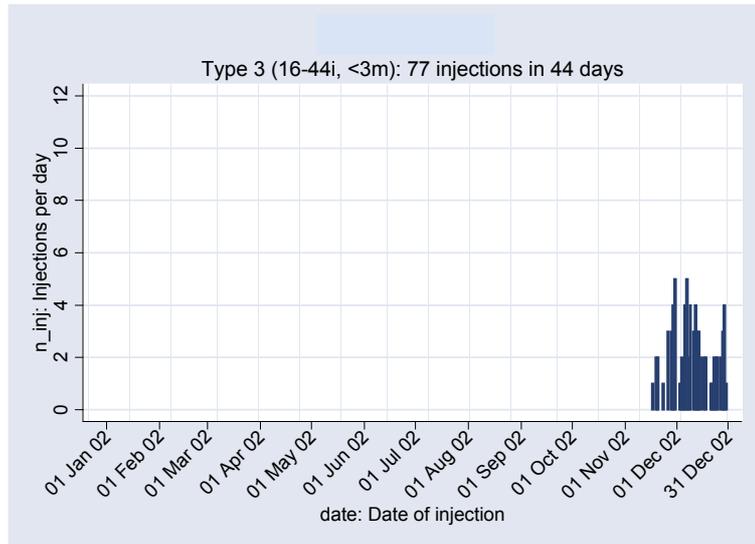


Il habite dans le canton de Genève, ne travaille pas et reçoit l'aide sociale. Il consomme par injection depuis l'âge de 31 ans et est en traitement de méthadone. Il s'injecte plusieurs fois par semaine de la cocaïne (10 injections le jour précédant la première visite).

Il est venu au Quai 9 pendant une courte période (2 mois). Il a consommé de la cocaïne. En septembre, une semaine de grande consommation (jusqu'à 9 consommations au Quai neuf en un jour - un dimanche). Après un intervalle d'un mois, nouvelle semaine de grande consommation

(presque quotidiennement et plusieurs fois par jour). Puis plus rien. Lors de la journée avec 9 injections, une des injections était de l'héroïne (la 6<sup>ème</sup>). Toutes les injections se font dans le bras.

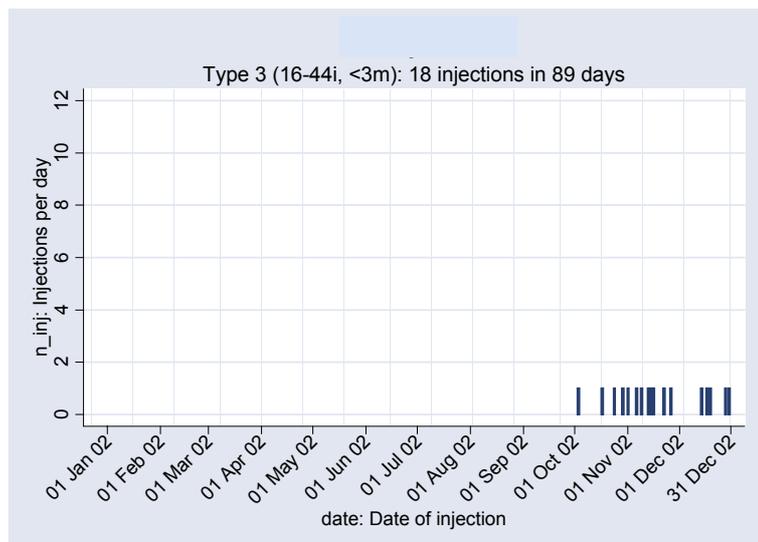
Homme de 25 ans  
Type 3



Il est domicilié à Genève. Il travaille. Il a commencé à s'injecter à l'âge de 18 ans et dit consommer quotidiennement de l'héroïne et de temps en temps de la cocaïne.

Il a commencé à fréquenter (très souvent) Quai 9 en novembre 2002 (pourrait être classé type 5 si sa consommation a continué en 2003). Il est venu presque chaque jour : l'intervalle maximum a été de deux jours sans visite. La plupart du temps, plusieurs injections sont faites le même jour (maximum 5 injections). Les deux substances consommées sont l'héroïne et la cocaïne, sans nette prédominance. En général, les deux substances sont consommées au cours de la journée, soit ensemble, soit successivement et dans n'importe quel ordre. Rarement, des médicaments sont ajoutés. Les injections ont toujours lieu dans le bras.

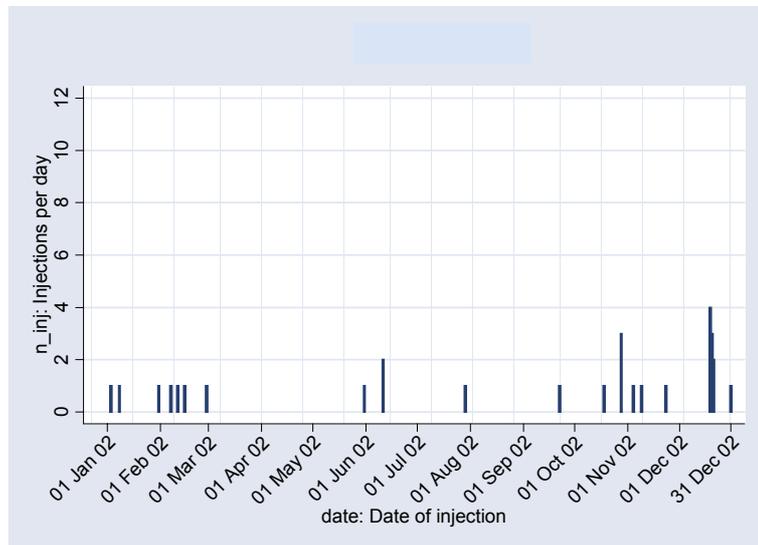
Femme de 39 ans  
Type 3



Elle vit dans un foyer à Genève. Elle ne travaille pas et bénéficie de l'aide sociale. Elle a commencé à s'injecter deux ans auparavant et est en traitement de méthadone. Occasionnellement elle s'injecte de l'héroïne ou de la cocaïne. La dernière injection a eu lieu dans un lieu public et elle a l'intention de faire la prochaine au Quai 9.

Elle a commencé à fréquenter Quai 9 à la fin de l'année 2002. Elle vient régulièrement (pourrait aussi être un type 5) mais pas tous les jours et ne fait jamais plus d'une injection par jour au Quai 9. L'héroïne est la principale substance injectée, souvent mélangée à d'autres substances : des médicaments ou de la cocaïne. Injections dans le bras.

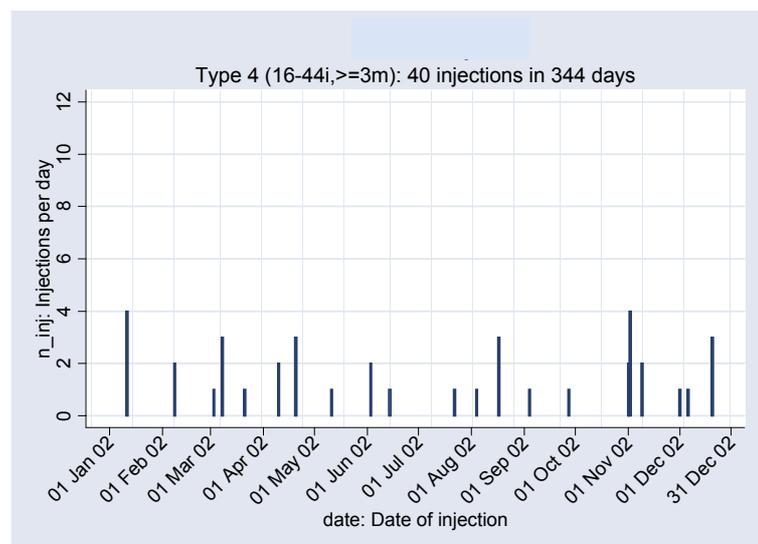
Femme de 19 ans  
Type 4



Au moment de sa première visite au Quai 9, elle est sans domicile fixe et vit dans le canton de Genève. Elle ne travaille pas et vit de l'aide sociale. Elle ne suit aucun traitement, elle a commencé à s'injecter à 17 ans. Elle dit consommer de l'héroïne quotidiennement et fait une partie de ses injections dans un appartement.

Elle vient irrégulièrement au Quai 9, certaines périodes une fois par semaine, avec des interruptions de un à plusieurs mois. Jusqu'en novembre, elle consomme essentiellement de l'héroïne (deux fois de la cocaïne en février). Dès la mi-décembre, elle se met à consommer surtout de la cocaïne, mélangée parfois avec de l'héroïne. Les injections se font dans le bras.

Femme de 37 ans  
Type 4

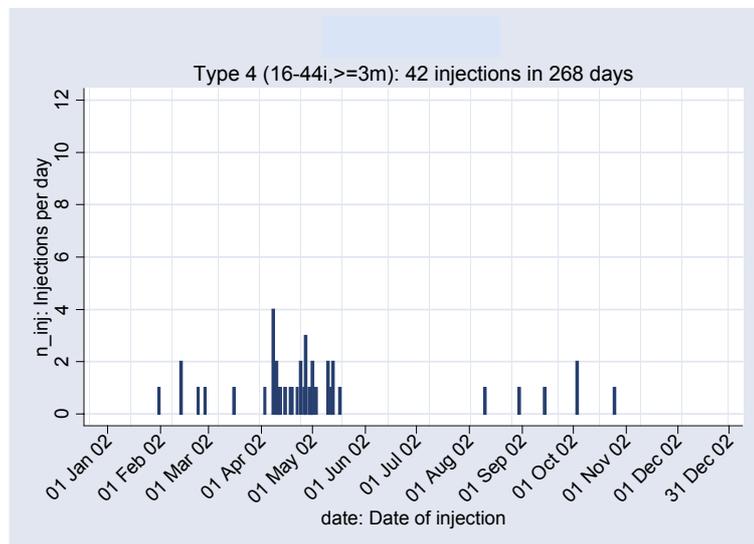


Elle habite dans le canton, a un domicile fixe, ne travaille pas et vit de l'aide sociale. Elle s'injecte des drogues depuis plus de 15 ans. Elle est en traitement de méthadone lors de son 'entrée' au Quai 9 et dit consommer occasionnellement de la cocaïne.

Elle a fréquenté Quai 9 dès son ouverture. Elle est venue irrégulièrement, mais en continu, une à trois fois par mois, en général en fin de semaine. Lors de la moitié des jours de visites, plusieurs injections ont été faites (2-4). Les épisodes de grande consommation (3 et plus) ont toujours eu lieu le vendredi ou le samedi. C'était toujours de la cocaïne seule, sauf une fois du cocktail. Les injections se font dans le bras ou la main.

Femme de 32 ans

Type 4

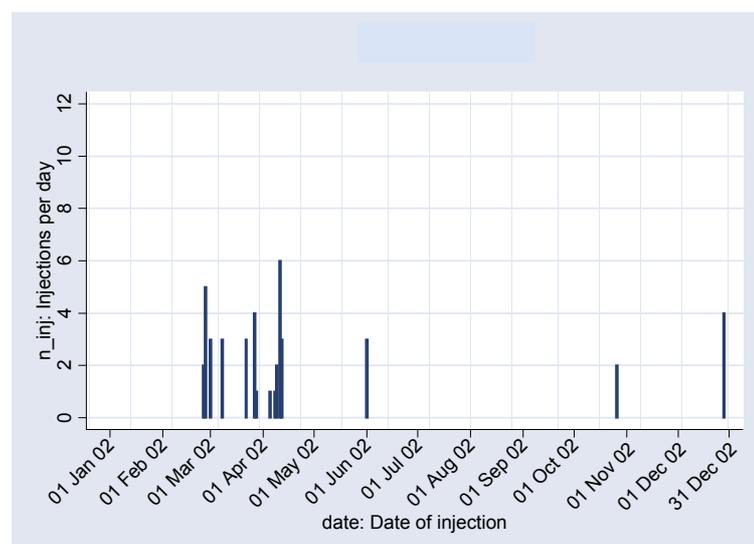


Elle vit à Genève et a un domicile privé. Elle ne travaille pas et vit de l'aide sociale. A l'entrée au Quai 9, elle est en traitement de méthadone et consomme plusieurs fois par semaine de la cocaïne, parfois aussi de l'héroïne et des benzos. Elle s'injecte depuis 2 ans. Elle a eu des problèmes infectieux le mois précédent et dit avoir des veines dans un état moyen.

De février à avril 2002 elle vient rarement (une fois tous les 10-15 jours). En avril, elle augmente la fréquence de ses visites et l'intensité de sa consommation, tout en consommant toujours de la cocaïne (exceptionnellement de l'héroïne en avril). Elle interrompt ses visites pendant plus de 2 mois puis revient pendant 2 mois avec des visites de nouveau plus espacées (une fois toutes les 2 semaines, plutôt en fin de semaine). Elle consomme toujours de la cocaïne. La plupart des injections ont lieu dans le cou.

Femme de 22 ans

Type 4

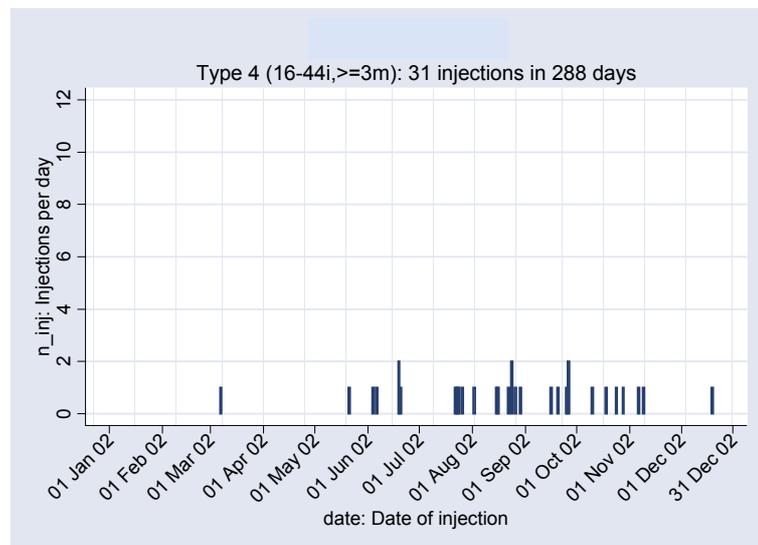


Elle est sans domicile et vit dans le canton de Genève. Elle est mère, ne travaille pas et vit de l'aide sociale. Elle ne suit aucun traitement et s'injecte depuis 1 an. Elle s'injecte occasionnellement de la cocaïne, dans des lieux publics. Dans les 6 derniers mois, il lui est arrivé d'utiliser la seringue de quelqu'un d'autre. Elle ne fait pas ses injections elle-même.

Elle a fréquenté Quai 9 régulièrement sur une courte période (2 mois au printemps 2002). Il s'agissait d'une fréquentation de 1 à 4 fois par semaine avec un intervalle maximal de 2 semaines. La plupart des jours de visites, plusieurs injections ont eu lieu (jusqu'à 6 en un jour à la fin de la période). La substance de base était la cocaïne alternant, en cas de multiples injections, avec des médicaments (plusieurs, y compris Rivotril® et Dormicum®). Après cette période, les visites s'espacent (3 visites sur les 8 mois restant, chaque fois plusieurs injections, toujours le samedi, toujours de la cocaïne).

Homme de 36 ans

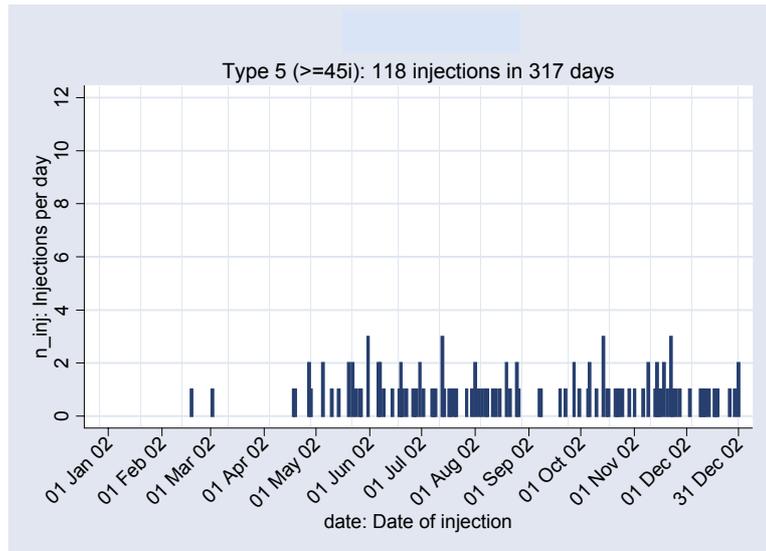
Type 4



Il a son domicile à Genève et travaille. Il s'est injecté depuis l'âge de 18 ans et est en traitement de méthadone. Il s'injecte plusieurs fois par semaine de la cocaïne.

Il est venu une fois au Quai 9 en mars 2002, puis, après une interruption de plus de 2 mois, a commencé à venir plus fréquemment. Dès fin juillet, la fréquentation augmente : plusieurs fois par semaine, avec des intervalles d'une semaine environ jusqu'au début de décembre où les visites s'espacent de nouveau. En général, une seule injection est faite les jours de visite au Quai 9. Au début, la seule substance consommée est la cocaïne. Dès le fin du mois de septembre et durant un mois, la consommation change, l'héroïne apparaît plus fréquemment, seule ou en mélange, ainsi que des médicaments, puis les trois dernières injections sont de la cocaïne. Le site d'injection change aussi. Au début, les injections avaient lieu à divers endroits sur les bras et les jambes. Presque toutes les dernières injections ont lieu dans le cou.

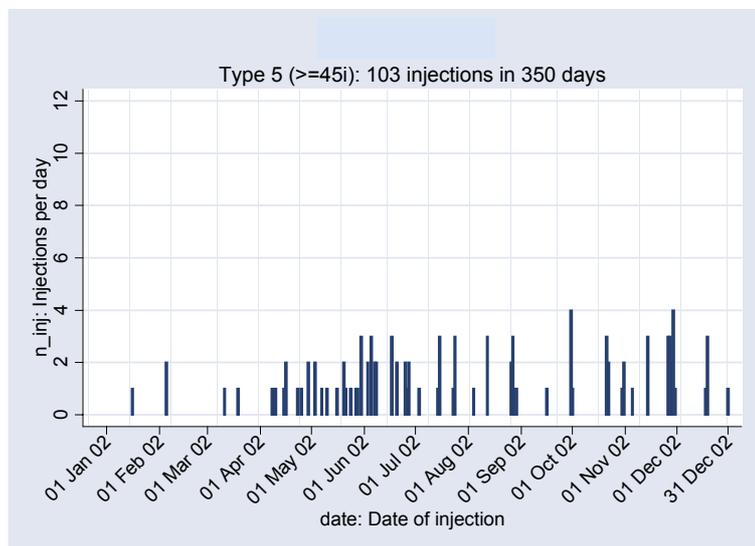
Homme de 34 ans  
Type 5



Il est sans domicile fixe à Genève. Il vit de revenus de proches et de revenus illégaux. Il s'injecte depuis l'âge de 30 ans. Il consomme quotidiennement de l'héroïne, moins fréquemment de la cocaïne. Il fait ses injections à domicile.

Il apparaît au Quai 9 une fois en février et une fois en mars. La première fois il s'injecte de l'héroïne, la seconde de la cocaïne. Dès avril il vient plus régulièrement, de 1 à 5 jours par semaine. Dans la majorité des cas il ne fait qu'une injection par jour. Les produits alternent : héroïne, cocaïne le plus souvent non mélangées au début puis aussi sous forme de mélange. Dans la deuxième partie de l'année, apparaissent quelques fois des injections de médicaments (novembre). La plupart des injections se font dans le bras.

Homme de 29 ans  
Type 5

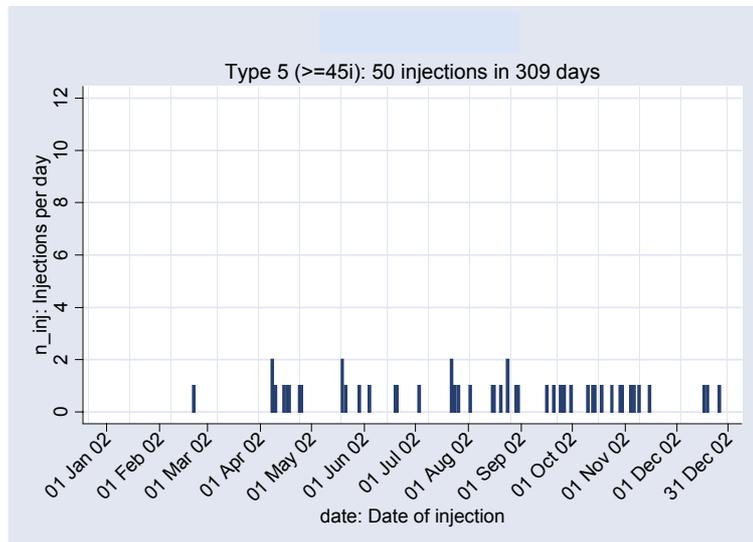


Il vit à Genève, a un domicile privé. Il ne travaille pas et reçoit une aide sociale. Il est en traitement de méthadone lorsqu'il apparaît au Quai 9. Il dit prendre régulièrement de la cocaïne et occasionnellement des benzos. Il s'injecte depuis l'âge de 18 ans. Il fait ses injections à domicile.

Il vient rarement au Quai 9 au début de l'année (injection de cocaïne ou de cocktail) ; dès la mi-avril, sa présence est plus régulière au Quai 9 et allant en augmentant jusqu'à fin juin (20 visites en juin avec 1-3 injections par visite). Durant cette période, c'est surtout du cocktail qui est consommé, avec parfois d'autres choses (médicaments). A partir de juillet, les visites au Quai 9 sont

plus rares (entre 2 et 5 par mois) mais comprennent plus d'injections à chaque visite (le plus souvent 3). Durant cette période, les consommations comprennent de la cocaïne, de la cocaïne avec des médicaments ou des médicaments seuls, rarement de l'héroïne. Les injections sont faites dans le bras.

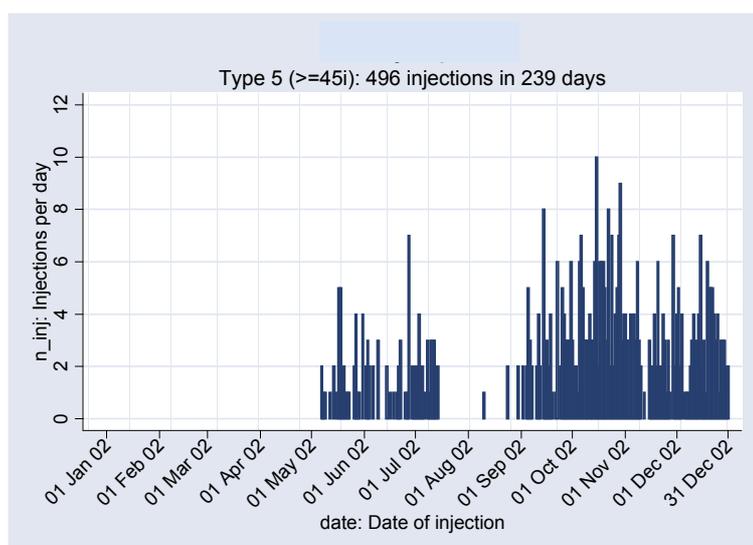
Femme de 33 ans  
Type 5



Elle habite dans le canton de Genève et n'a pas de domicile fixe. Elle ne travaille pas et reçoit l'aide sociale. Elle s'injecte depuis l'âge de 18 ans. Elle suit un traitement de méthadone. Elle consomme de la cocaïne plusieurs fois par semaine et fait ses injections dans un appartement. Elle a des veines en mauvais état.

Durant toute l'année, elle vient au Quai 9 irrégulièrement avec des périodes de fréquentation plus suivie (octobre-novembre) où elle vient une à deux fois par semaine, sans grande systématisation. En général une seule injection par jour est faite au Quai 9. Elle consomme presque exclusivement de la cocaïne. En octobre et en novembre, il y a quelques injections de mélange héroïne/cocaïne. Les lieux d'injection se répartissent entre le bras, la main, les pieds.

Homme de 37 ans  
Type 5



Il habite à Genève, a un domicile privé. Il est père. Il ne travaille pas et vit de l'aide sociale. Il ne suit aucun traitement et s'est injecté depuis l'âge de 31 ans. Il s'injecte de l'héroïne et de la cocaïne plusieurs fois par semaine. Il s'injecte à domicile. Il a eu des problèmes infectieux le mois précédent.

Il a commencé à fréquenter Quai 9 en mai 2002. On note deux périodes distinctes : de mai à mi-juillet, et de mi-août à décembre. Durant la première période, la fréquentation est régulière, plusieurs jours par semaine, avec des intervalles libres pouvant aller jusqu'à 5 jours. La moyenne des injections est de 2.15 par jour de visite (min 1, max 5).

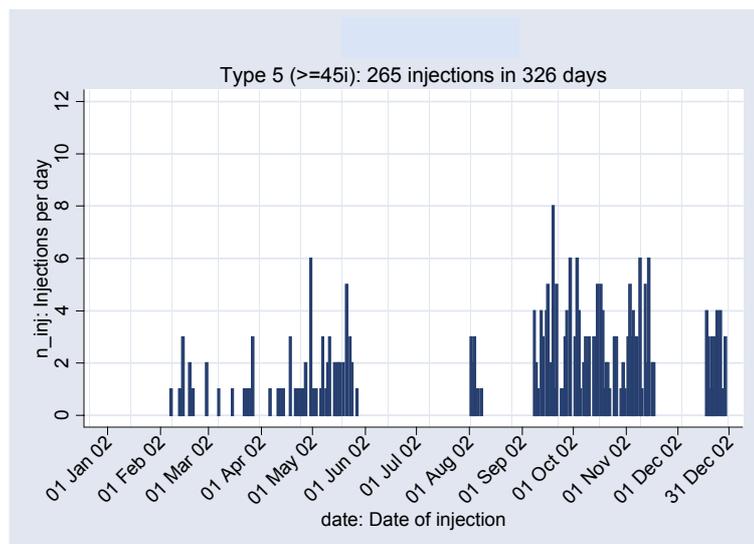
Après environ un mois d'interruption, les visites reprennent, d'abord espacées puis de plus en plus fréquentes : dès octobre elles sont pratiquement journalières. La moyenne des injections par jour de visite est de 3.56 de août à décembre (min 1, max 10).

En ce qui concerne les substances : en mai, les substances sont consommées le plus souvent séparément (héroïne ou cocaïne), mais on voit apparaître les injections de cocktail. En juin, les substances sont de plus en plus mélangées (cocktail d'héroïne et de cocaïne) et l'héroïne diminue. On note en plus des injections de médicaments. Cette évolution vers la prédominance de l'injection du mélange héroïne et cocaïne se poursuit en juillet.

Dans la deuxième période, le début est de nouveau marqué par des injections contenant plus souvent de l'héroïne seule, sinon du mélange héroïne/cocaïne. Dès octobre, le mélange reprend le dessus, on voit aussi plus souvent des médicaments, seuls ou en mélange avec de la cocaïne. Les injections ont lieu principalement dans le bras mais aussi sur d'autres parties du corps, jambe, aine.

Femme de 29 ans

Type 5



Elle habite dans le canton de Genève, a un domicile privé. Elle est mère, ne travaille pas et vit de l'aide sociale. Elle s'injecte depuis 1 an. Elle est en traitement de méthadone et dit consommer plusieurs fois par semaine de la cocaïne et occasionnellement de l'héroïne. Elle a partagé son matériel dans les 6 derniers mois. Elle rapporte avoir des veines en mauvais état.

En 2002, elle fréquente Quai 9 par périodes, entrecoupées d'absences (jusqu'à deux mois sans visite). La première période s'étend de février à juin 2002. Les trois premiers mois, elle vient irrégulièrement (1-2 jours par semaine). Elle s'injecte principalement de la cocaïne, parfois de l'héroïne et du cocktail. En mai, elle s'injecte plus souvent au Quai 9, presque exclusivement de la cocaïne et plusieurs fois par jour.

Elle réapparaît brièvement en août (une semaine), pendant laquelle elle s'injecte de l'héroïne et de la cocaïne, parfois plusieurs fois par jour. Après une interruption d'environ un mois, elle revient au

Quai 9 très régulièrement, plusieurs fois par semaine, avec le plus souvent plusieurs injections par jour. La cocaïne prédomine, avec parfois des mélanges héroïne/cocaïne ou héroïne seule. Quelques injections de médicaments en novembre (et en décembre). Après un mois d'absence, elle revient au Quai 9 avec le même type de consommation que les mois précédents. Les injections sont faites à divers endroits du corps (bras, main, jambe, pied).

---

La construction de la typologie a permis de bien mettre en évidence des usages divers de la structure avec une majorité d'usagers venant rarement et contribuant pour une faible part au nombre total d'injections faites au Quai 9 et une minorité d'usagers avec une fréquentation plus soutenue qui représentent la grande majorité des injections faites. On a vu que les variables socio-démographiques et de consommation ne sont pas prépondérantes dans l'analyse de ces différences<sup>20</sup>. Ce sont certainement d'autres raisons, plus subjectives, qui sont liées à la non- ou à la rare fréquentation du Quai 9. Les données (quantitatives et qualitatives) récoltées lors de la première phase d'évaluation du Quai 9 auprès de clients du BIPS ne fréquentant pas Quai 9, avaient montré que les principales raisons de non-fréquentation étaient liées :

- à des questions personnelles : besoin d'intimité et de calme pour s'injecter, préférence pour l'injection chez soi, crainte d'être identifié au milieu 'junkie' ou de se mêler à d'autres consommateurs de drogues, crainte d'être vu près du Quai 9 ;
- moins fréquemment à des caractéristiques du Quai 9 (insuffisance des heures d'ouverture, attente). Le caractère 'trop rigoureux' des règles de fréquentation n'a été que très rarement mentionné.

L'approche graphique – couplée à quelques éléments du questionnaire d'entrée montre bien que sous des typologies semblables se cachent parfois plusieurs types d'habitudes de fréquentation du Quai 9 et de consommation. A l'inverse, sous une représentation graphique apparemment semblable peuvent apparaître des situations très différentes (voir les deux dernières personnes du type 5, l'une en traitement l'autre non). Il faut se rappeler aussi que n'apparaît dans ce type de statistiques et de présentation que la consommation effectuée au Quai 9. Or, ce ne sont qu'une partie des injections qui y sont faites (1 sur 4 pour les seringues distribuées au Quai 9) et il n'y a aucune raison de penser que cette proportion soit la même chez tous les usagers du Quai 9. Ces réserves étant faites, l'approche typologique permet de mieux apprécier les parts respectives de diverses clientèles dans le volume d'activité du Quai 9 et l'approche graphique est très intéressante pour réfléchir sur des trajectoires individuelles ou sur la diversité des modes d'appropriation du Quai 9 par ses usagers.

---

<sup>20</sup> Il est aussi possible qu'une partie des situations identifiées comme appartenant à des types avec peu de fréquentation du Quai 9 soient des erreurs de classification dues à un changement d'identifiant (personne changeant de pseudonyme, erreur de transcription, etc.).

## 5 QU'EST-CE QUI INFLUENCE LES USAGERS À CHANGER OU À NE PAS CHANGER DE COMPORTEMENT ? QUI SONT LES USAGERS QUI CHANGENT LEUR COMPORTEMENT ?

### 5.1 INTRODUCTION

Afin de définir plus précisément quels sont les domaines où les usagers sont susceptibles de changer ou non de comportement et comment les caractériser, des questions secondaires d'évaluation ont été déterminées. Celles-ci sont décrites en lien avec les 5 objectifs du Quai 9<sup>21</sup>, précisés par des sous-objectifs. Précisons que les questions secondaires n'ont pas pour but de traiter de chaque objectif général dans son entier.

#### Questions secondaires d'évaluation en regard des objectifs du Quai 9

Questions secondaires d'évaluation	Objectifs du Quai 9
1. Quai 9 permet-il de modifier certaines habitudes des usagers en terme d'hygiène d'injection et de 'répétition des gestes' en dehors du Quai 9 ?	<b>Réduire les conséquences négatives (transmission VIH/sida et des hépatites) liées à la consommation de drogues, en améliorant les conditions d'injection :</b> Augmenter les compétences en matière d'injection et favoriser la transmission de ces compétences auprès des usagers (agent multiplicateur) ; Réduire l'incidence des infections VIH, des hépatites C, des abcès et autres infections bactériennes liées à ces pratiques ; Améliorer le diagnostic précoce et la prise en charge de ces infections afin d'éviter des prises de traitement plus lourdes par la suite ; Réduire la gravité et les conséquences des overdoses.
2. Quai 9 a-t-il une influence sur les comportements des usagers en terme de responsabilisation de leur santé en général ?	<b>Promouvoir la santé des consommateurs de drogues en renforçant leurs capacités à adopter des comportements de prévention :</b>
3. Comment les usagers réussissent-ils à gérer leur consommation quotidienne avec l'apport du Quai 9 ? Et comment réagissent-ils à l'attente pour entrer dans la salle d'injection ?	Renforcer la prise de conscience des usagers par rapport aux risques liés aux pratiques sexuelles sans protection ; Aider les personnes en phase active à prendre conscience de leurs potentiels et favoriser un travail sur l'estime de soi, valoriser les connaissances, développer des actes de prévention en se basant sur le savoir des personnes ; Limiter les situations pouvant générer des comportements à risques et éviter les péjorations de l'état bio-psycho-social des personnes.

<sup>21</sup> Objectifs décrits sur le *flyer* de présentation du Quai 9.

Questions secondaires d'évaluation	Objectifs du Quai 9
4. Quai 9 a-t-il une influence sur une prise de décision de l'utilisateur quant à une démarche en vue d'arrêter la consommation et/ou d'entreprendre un traitement de substitution ?	<p><b>Favoriser l'accès aux institutions actives dans les traitements de la toxicodépendance et autres institutions socio-médicales :</b></p> <p>Favoriser l'orientation vers les prestations offertes par les institutions impliquées dans la prise en charge de la toxicomanie et des personnes toxicodépendantes ;</p> <p>Faciliter la reconstruction des liens entre la personne et son réseau de soin.</p>
5. Quai 9 apporte-t-il un changement chez les usagers du point de vue relationnel et social ?	<p><b>Encourager le maintien du lien social et limiter les situations d'exclusion</b></p> <p>Favoriser le lien social entre usagers - entre usagers et intervenants - entre usagers et environnement social.</p>
6. Quelle est la place du Quai 9 dans la vie des usagers ?	<p><b>Améliorer la situation pour le voisinage (seringues abandonnées, injections dans des lieux inadaptés).</b></p>

Ce chapitre repose principalement sur l'analyse des observations au Quai 9 menées par les évaluateurs, les entretiens avec les usagers ainsi que sur des informations issues de documents du projet. Les réunions de suivi avec l'équipe ont permis de spécifier certaines questions ou de préciser les interventions développées dans le domaine d'intérêt.

Chaque question secondaire sera abordée par un bref rappel de ce que la première évaluation a livré à ce sujet ainsi que des interventions qui ont été mises en place par l'équipe pendant la période d'évaluation. Ensuite viennent les observations faites par les évaluateurs – avec dans certains cas des précisions apportées par l'équipe concernant le contexte des observations ('l'équipe' est alors indiquée en gras) – et le point de vue des usagers.

### 5.1.1 Les domaines de prévention prioritaires et leur mise en œuvre par l'équipe

Lors d'une réunion de suivi avec l'équipe du Quai 9, celle-ci a présenté ses domaines de prévention/réduction des risques<sup>22</sup> prioritaires et la manière de les mettre en œuvre.

#### Les domaines de prévention prioritaires

En termes d'objectifs prioritaires, la réduction des conséquences négatives (transmission VIH/sida et des hépatites) de la consommation de drogues, par l'amélioration des conditions d'injection, se positionne en premier. Vient ensuite la promotion de la santé globale (physique, psychique et sociale) par le renforcement de la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention, ce qui inclut entre autres la prévention des MST et du VIH en particulier (pratiques sexuelles, échange de services sexuels). En 3<sup>ème</sup>, vient se positionner la prévention de l'exclusion sociale par la (re)création ou le maintien des liens sociaux.

<sup>22</sup> Bien entendu, toute l'activité du Quai 9 entre dans le domaine de la réduction des risques en général; il s'agissait de rendre prioritaires certains éléments de prévention/réduction des risques.

Dans sa pratique et en temps consacré, l'équipe privilégie effectivement le domaine de l'hygiène d'injection, puis vient la nécessité de s'occuper des aspects de fonctionnement de la structure (gestion du lieu et des relations avec/entre les usagers), enfin viennent l'attention autour de la santé globale des usagers et la prévention de l'exclusion sociale.

### **La transmission des messages de prévention**

La prévention au Quai 9 se décline d'abord collectivement et est bien visible. Répartis dans l'espace accueil, différents panneaux, affiches et *flyers* apportent diverses informations aux utilisateurs. Le règlement du local, rappelant les interdits (*deal*, violence, rappel de l'illégalité de la consommation), est collé au mur ainsi que la procédure d'utilisation de la salle d'injection. Des *flyers* distribués ponctuellement annoncent le prochain collectif<sup>23</sup>. Un espace d'affichage contre le mur est dédié aux femmes, informant sur le moment femmes<sup>24</sup> et les différentes structures pouvant leur être utiles. Un grand panneau comportant différents préservatifs avec commentaire à l'appui est mis en évidence près du bar. Des dépliants concernant différents centres de cure et autres lieux du réseau social à Genève et ses alentours sont à disposition. Un tableau près de l'entrée interpelle également les usagers par des questions ou remarques en relation avec des événements survenus. Une affiche réalisée par un artiste rappelle la nécessité de se désaltérer avec de l'eau régulièrement. Ces informations ou injonctions visibles sont l'un des moyens qu'utilise Quai 9 pour faire passer des messages aux utilisateurs.

L'information et la prévention se déclinent aussi de façon plus ciblée, adressée à des groupes spécifiques. Ainsi, le moment femmes est un espace/temps plus tranquille, qui permet d'aborder en petit groupe ou individuellement des sujets sensibles tels que l'échange de services sexuels (contre de l'argent ou des substances), la contraception, etc. Par ailleurs, la mise sur pied en 2003 d'un atelier d'injection pour les usagers intéressés implique une démarche plus active de ceux-ci, leurs connaissances étant sollicitées et discutées. L'équipe de ramassage de seringues contribue quant à elle à la responsabilisation des usagers vis-à-vis de l'environnement. Enfin le collectif est un espace favorisant la participation des usagers.

La prévention est offerte également de façon plus individuelle. Dès l'entrée dans la structure, l'utilisateur a la possibilité d'échanger son matériel d'injection usagé. De plus, il a la possibilité de bénéficier de soins (dans la salle de soins) donnés aussi bien par un intervenant ou par le médecin lors de sa permanence<sup>25</sup>. La salle de soins est un lieu privilégié pour un entretien informel, le toucher pouvant aider à renforcer la portée d'un message de prévention.

Lorsqu'un utilisateur vient pour la première fois, il lui est demandé de remplir un questionnaire d'entrée. Ce premier contact permet déjà à l'équipe de faire un repérage de la situation actuelle de l'usager en terme de consommation, d'état de santé, etc. ainsi que de lui prodiguer quelques premiers conseils. La disponibilité d'un ou de deux intervenants dans l'espace accueil encourage les usagers à venir questionner, raconter, exposer une inquiétude, etc. L'entretien informel, permet de diffuser un message plus précis.

---

<sup>23</sup> Espace appartenant aux usagers où différents thèmes sont abordés; il a lieu tous les 15 jours pendant deux heures.

<sup>24</sup> A lieu de façon hebdomadaire pendant deux heures, ciblé sur la prise en compte des vulnérabilités spécifiques des femmes.

<sup>25</sup> L'horaire, qui a été augmenté en 2003, est indiqué sur la porte de la salle de soins.

Dans la salle d'injection, la procédure et l'hygiène d'injection sont fortement mises en valeur. Quant aux messages transmis en salle d'injection, ils le sont à voix haute, afin que tous en bénéficient, ou individuellement. Le commentaire d'un usager peut venir s'ajouter à celui de l'intervenant et renforcer la portée d'un message.

Ainsi, l'**équipe** signifie que la diversification des moyens de transmettre les messages de prévention est nécessaire.

Quant à 'l'art' de 'faire passer' les messages de prévention dans la relation avec l'usager, il dépend selon l'**équipe** de différentes conditions :

- une bonne communication : pour qu'un message soit transmis et bien réceptionné, cela nécessite un apport de la part de l'usager ; il s'agit d'une communication dans les deux sens ;
- la disponibilité de l'intervenant, elle-même tributaire du nombre de personnes présentes dans la structure ;
- la réceptivité de l'usager (l'état altéré après certaines injections, notamment de cocaïne, rend difficile une action de prévention) ;
- la prise en compte du niveau de connaissance de l'usager – par une exploration plus ou moins rapide – pour mieux cibler le message de prévention à transmettre ;
- la vérification de sa compréhension ;
- la connexion avec l'expérience : le message est mieux intégré par l'usager quand il est connecté avec son expérience, son vécu (exemple de l'atelier d'injection, décrit au chapitre 5.2) ;
- la répétition des messages non seulement par le même intervenant mais par plusieurs ou à travers plusieurs canaux différents peut avoir un impact avec le temps et donne davantage de valeur au message ;
- l'argumentation : il est important de donner du sens au message (le pourquoi) pour faciliter son intégration.

## 5.2 QUAI 9 PERMET-IL DE MODIFIER CERTAINES HABITUDES EN TERMES DE GESTION ET HYGIÈNE D'INJECTION AINSI QUE DE RÉPÉTITION DES GESTES EN DEHORS DU QUAI 9 ?

### **Situation à fin 2002**

Le 1<sup>er</sup> rapport d'évaluation de l'UEPP met en avant le fait que, bien que les règles d'hygiène soient globalement bien respectées dans la salle d'injection, il reste des aspects qui ne sont pas encore appliqués ou intégrés par les usagers (états de surconsommation, consommation avec abcès, non-application de toutes les étapes d'injection). La répétition des gestes effectués en salle d'injection devrait favoriser la reproduction de ces gestes à l'extérieur, mais des expositions aux risques en dehors du Quai 9 sont rapportées par les utilisateurs.

### 5.2.1 Les actions/orientations développées par Quai 9 en 2003

**Un atelier d'injection**<sup>26</sup> est proposé dès septembre 2003, une fois par mois, soit 4 fois en 2003. Il comprend une partie théorique, partant des connaissances des utilisateurs et une partie pratique. Il s'agit d'inculquer aux usagers les connaissances de base sur l'anatomie en lien avec l'injection, enseigner l'hygiène et la technique d'injection, informer sur les risques liés à l'injection, former un groupe d'usagers porteurs de messages sur l'hygiène et la technique d'injection. Cet atelier connaît une fréquentation encore faible malgré un intérêt annoncé<sup>27</sup>.

**Notion de double injection** – dans le but de prévenir une overdose, le conseil est parfois donné à l'usager de faire son injection en deux fois, soit une première injection avec une petite partie de la dose destinée à l'injection pour en tester l'effet, puis de poursuivre avec une seconde injection (possibilité d'utiliser une nouvelle seringue) si l'effet n'apparaît pas 'dangereux' à l'usager. Dans le cas contraire, il y a possibilité de demander l'analyse du produit.

**Analyse du produit** – dans certains cas où l'usager fait une injection et est surpris ou inquiet par l'effet ressenti, il a la possibilité de demander gratuitement et anonymement l'analyse de la substance. Cependant, le délai entre sa demande et le résultat de l'analyse est trop important pour que cela ait une valeur préventive pour l'usager, en revanche l'information peut être transmise à d'autres. Parfois ce sont les usagers qui annoncent qu'une substance vendue a un effet supérieur à ce qui est habituel et cette information est transmise en disposant un grand panneau dans l'espace accueil afin d'avertir les utilisateurs dans le but d'éviter des sur-doses ou overdoses (existait déjà en 2002).

**Une fiche rappelant les mesures d'hygiène** en salle d'injection a été conçue début 2003<sup>28</sup>, afin que l'intervenant en salle d'injection puisse s'y référer. Des messages de réduction des risques la composent en suivant les étapes d'injection. Pendant le premier semestre 2003, des messages en ont été extraits et ont été affichés au-dessus des 6 postes d'injection à l'attention des usagers. Cette expérience n'a pas été poursuivie, parce qu'il est apparu que les usagers lisaient très peu ces messages à ce moment-là, étant déjà absorbés par la préparation de leur substance.

### 5.2.2 Les observations

#### **Fonctionnement de l'accueil et conditions d'entrée dans la salle d'injection**<sup>29</sup>

Le premier accueil de l'usager a lieu au comptoir du bar qui se trouve face à l'entrée de la structure. L'usager a la possibilité d'échanger son matériel d'injection, de recevoir un ticket pour l'entrée en salle d'injection avec un numéro d'ordre d'entrée. Une personne assure la fonction d'échange de matériel (volume assez important) et de filtre de certains usagers pour l'entrée en salle d'injection ; ceci demande :

- beaucoup d'attention à l'état de la personne<sup>30</sup> ;

---

<sup>26</sup> Il a été développé en collaboration avec Rel'ier, St-Martin et le Passage à Lausanne.

<sup>27</sup> Premier atelier : 12 inscrits, 4 présents. 2ème atelier : 10 inscrits, 1 présent. 3ème atelier : 7 inscrits, 1 présent. 4ème atelier : 8 inscrits, 3 présents. 5ème atelier : 8 inscrits, 2 présents.

<sup>28</sup> Voir Annexe 8.6. – Rappel de mesures d'hygiène en salle d'injection.

<sup>29</sup> Voir Annexe 8.6 – Procédure d'utilisation de la salle d'injection.

<sup>30</sup> Par exemple discerner si un usager apparaît déjà en sur-consommation ou s'il semble fiévreux, par exemple.

- un travail de physionomiste, un coup d'œil averti pour repérer les personnes sous le coup d'un interdit de salle d'injection<sup>31</sup> (les mineurs ou les nouveaux-venus qui ne s'annoncent pas comme tels, les personnes éventuellement sans expérience de l'injection) ;
- une activité de gestion du stress des usagers qui attendent.

L'accueil de l'intervenant est continûment chaleureux, un petit mot étant adressé à chacun. La fonction de filtre et de régulation est au premier plan et est difficile en cas d'affluence. Nous avons ainsi observé une situation où l'intervenant en poste à l'accueil était assez submergé par les usagers venant d'arriver. Deux Géorgiens ne parlant pas le français ont chacun reçu un ticket. Il s'est avéré que l'un d'eux n'était encore jamais venu. De plus il paraissait jeune (moins de 18 ans ?). Il a été renvoyé de la salle d'injection alors qu'il s'apprêtait à sniffer son produit. On lui a demandé de prouver qu'il a l'âge requis pour fréquenter le lieu, mais il n'a pas répondu, il a donc dû sortir assez rapidement de la structure. La fonction de filtre n'a pas fonctionné à l'accueil, mais a eu lieu en salle d'injection, avec le concours ensuite de l'intervenant en poste dans l'espace accueil. D'autres cas de filtrage, pour des raisons de sanctions, ont été observés, une fois réussi, l'autre fois aussi 'rattrapé' en salle d'injection.

Ce poste permet des interventions de prévention, mais de façon limitée et très dépendante de l'affluence, il est régulièrement surchargé<sup>32</sup>. Il reste peu d'occasions pour développer des messages de prévention. L'échange de matériel est une fonction acquise dont les usagers se servent beaucoup et qui permet d'aborder des questions de prévention autour du matériel utilisé ou plus générales. Par exemple : un intervenant s'enquiert de la situation d'un usager apparemment en mauvais état qui oublie de rendre ses seringues usagées et qui commence à les accumuler à son domicile.

En ce qui concerne la fonction de filtre des usagers, **l'équipe** précise qu'elle a effectivement rencontré plusieurs cas de mineurs chez les ressortissants de l'Est. Ils entrent par deux, un nouveau accompagné d'un ancien qui lui a auparavant bien expliqué le fonctionnement de l'accueil. L'équipe confirme la difficulté de tout capter au poste d'accueillant.

C'est l'intervenant qui est de permanence dans la salle d'injection qui gère l'entrée des usagers dans cette salle. La salle d'injection contient 6 postes d'injection pouvant être utilisés en même temps, de plus les usagers qui partagent leur produit entre eux ont la possibilité d'entrer ensemble et d'utiliser un seul poste. A ce moment, un second repérage des usagers paraissant en mauvais état peut être fait. L'utilisateur ne peut en principe pas rester au-delà de 30 minutes dans la salle d'injection. De temps en temps un collègue fait un passage dans la salle afin de s'assurer que tout va bien et que l'intervenant en permanence n'a pas besoin de son soutien. En cas d'urgence un 'bip' peut être actionné pour prévenir les autres collègues.

L'utilisateur n'est autorisé à faire qu'une seule injection à la fois. S'il désire s'injecter à nouveau, il doit rechercher un ticket et attendre son tour pour une prochaine injection. Il est par contre courant d'observer la seconde venue d'un usager dans la salle d'injection dans la même heure. Lors des observations nous avons estimé qu'environ deux usagers par heure reviennent dans la salle pour s'injecter à nouveau. L'intervenant de permanence dans la salle d'injection commente peu le

---

<sup>31</sup> Pour des raisons diverses (non respect du règlement du local ou de salle d'injection, comportement non-toléré à l'extérieur du Quai 9).

<sup>32</sup> Ce poste comprend de plus le service du bar (boissons, en-cas).

‘retour’ de l’usager. Il a cependant été observé le refus de recevoir à nouveau un usager, alors qu’il n’était ‘plus en état’ (risque de sur-consommation).

L’équipe estime être attentive au retour rapproché de l’usager dans la salle d’injection. L’une des raisons en est que l’usager s’injecte peu de produit à la fois et préfère revenir après peu de temps. Par ailleurs, lorsque l’usager enchaîne 4 à 5 injections par exemple, les intervenants peuvent lui interdire l’entrée dans la salle pour le reste de la journée.

### **L’hygiène d’injection en suivant les étapes d’injection**

Le travail de l’intervenant en salle d’injection demande :

- de la vigilance, une présence de tous les instants ;
- une vue panoramique sur l’ensemble des postes d’injection ;
- une bonne gestion du stress.

Entre l’accueil de l’usager et son inscription (pseudo, année de naissance, produit consommé, site d’injection), la préparation du matériel et le nettoyage des postes, il reste peu de temps pour la surveillance individuelle et l’accompagnement, qui se fait pourtant au mieux, l’intervenant étant attentif à l’état de l’usager. Cependant, il ne peut pas tout voir, malgré un œil exercé. Dans l’ensemble, l’appréciation tirée des observations est que ce travail est très professionnel et bien rodé.

Le lavage des mains avant et après l’injection est généralement bien acquis par les utilisateurs. Il reste encore des oublis, qui sont le plus souvent rappelés par l’intervenant. Une fois que l’usager s’est annoncé à l’intervenant (qui porte systématiquement des gants), celui-ci lui donne une cuillère propre, une seringue et une aiguille. Quand le produit est prêt, l’usager doit rappeler l’intervenant pour qu’il dépose le filtre dans la cuillère. La désinfection du site avant l’injection n’est pas faite systématiquement par l’usager. D’autant plus qu’il est fréquent d’observer plusieurs injections en différents points avec la même préparation sans chaque fois une nouvelle désinfection ou une nouvelle aiguille. L’intervenant rappelle plus ou moins souvent à l’usager de se désinfecter. L’injection ‘propre’ (aiguille stérile et peau désinfectée) en cas d’injection à plusieurs endroits n’est pas complètement acquise.

Un garrot est utilisé par la moitié des usagers environ<sup>33</sup>. Cependant, beaucoup n’utilisent pas un garrot conventionnel en caoutchouc comme vendu au Quai 9, mais aussi bien une ceinture, un foulard, un collant, qu’un bout de tissu. Parfois l’intervenant propose à l’usager d’utiliser un garrot au moment où il voit qu’il a de la difficulté à trouver une veine et pique en plusieurs points. Par ailleurs, l’utilisation du garrot s’apprend et il apparaît que la salle d’injection n’est pas le moment idéal pour entrer dans les détails du mode d’emploi et des bénéfices de son utilisation, compte tenu du temps à disposition pour chaque usager. Nous avons observé la proposition par l’intervenant de faire un ‘garrot manuel’ à un usager visiblement en difficulté. Le garrot manuel est le serrement de la main autour du bras de l’usager, au-dessus du site d’injection<sup>34</sup>.

**Pour l’équipe**, il existe beaucoup de croyances sur le garrot chez les consommateurs. Il s’agit pour elle d’accepter leurs croyances dans un premier temps, puis de leur démontrer l’utilité de l’usage

---

<sup>33</sup> Pas indispensable mais utile et fortement conseillé par l’équipe.

<sup>34</sup> Cette pratique a été discutée avec l’équipe (voir chapitre 6).

d'un garrot (par le biais notamment de l'atelier d'injection). Intervenir dans le moment délicat de la tentative d'injection est vécu comme trop intrusif. L'intervenant peut proposer à l'utilisateur de reprendre cette question avant sa prochaine injection.

La 'tirette' est un rituel assez répandu parmi les usagers. Au cours de l'injection, le consommateur aspire un peu de sang dans la seringue contenant le produit avant de le ré-injecter, éventuellement à plusieurs reprises pendant l'injection. Lors des observations, il est arrivé qu'un usager demande « *pourquoi les tirettes sont-elles déconseillées ?* ». La réponse est venue aussi bien de l'intervenant que par d'autres usagers.

**Pour l'équipe**, ici également, la 'tirette' est associée à une croyance qui en fait un rituel difficile à changer. L'idée de beaucoup de consommateurs est que la tirette peut aider à provoquer un 'flash'. A force, le risque de cette pratique est la lésion de la veine. L'équipe met ainsi régulièrement en garde les usagers.

Les sites d'injection le plus souvent observés sont l'avant-bras, le poignet, la main, les chevilles et les pieds. D'autres sites, plus risqués, sont également choisis : le cou, l'aîne, les seins. Quand un usager réalise une injection dans une zone intime, il demande à se servir d'un paravent et l'intervenant ne peut pas bien voir comment l'injection est pratiquée. Relevons que dans la salle d'injection un panneau illustré<sup>35</sup> est affiché, montrant les différents sites d'injections et mentionnant les sites dangereux (cou, mains, aisselles, seins, aîne) et les sites interdits (le visage, le sexe ainsi que l'injection dans le cou faite par un tiers). Plusieurs injections dans des sites déconseillés ont été observées, sans remarque de la part des intervenants. Cette question est reprise plus loin (voir chapitre 6). Cet aspect de la technique d'injection ne semble pas donner lieu à des rappels systématiques.

Après l'injection il arrive que l'utilisateur récupère le mélange restant dans une seringue neuve. L'intervenant accompagne ce geste en proposant une nouvelle seringue.

Les usagers prennent le temps de bien essuyer le sang autour du/des sites d'injection. En cas d'oubli, l'intervenant le montre à l'utilisateur. Le nettoyage (à l'eau) de son poste après l'injection par l'utilisateur est généralement bien acquis. Et l'intervenant nettoie une seconde fois de façon systématique le poste avec un produit désinfectant.

Enfin, les usagers demandent souvent de la pommade ainsi qu'un sparadrap avant de sortir.

Notons que, dans la salle d'injection, il arrive que des usagers manifestent à l'intervenant leur inquiétude concernant l'état d'une veine, un abcès, ou le sang qui a tendance à coaguler trop vite lors de l'injection. L'intervenant n'a souvent pas le temps d'entrer en discussion avec l'utilisateur dans ce cadre. Il dispense rapidement un conseil ou propose un relais vers l'espace accueil ou vers la permanence du médecin, mais pas toujours.

Concernant les diverses demandes des usagers à l'intervenant en salle d'injection (sur sa santé, sur un traitement, etc.), **l'équipe** a pris la décision d'éviter d'entrer en discussion à ce moment-là. Ces demandes n'étant pas formulées à un moment adéquat, l'équipe relaie l'utilisateur vers les intervenants de l'espace accueil. Le souhait de l'équipe est que l'utilisateur réussisse petit à petit à formuler sa demande dans le bon contexte, signe qu'il apprend aussi à mieux prendre soin de lui-même.

L'atelier d'injection est un moment au cours duquel les connaissances et croyances des usagers sont examinées. Le concept même de l'atelier les amène à être très actifs et à poser des questions précises et pratiques (comment sentir une veine qu'on ne voit pas, comment utiliser un garrot, quelles sont

---

<sup>35</sup> Voir Annexe 8.6.

les conséquences de l'injection de méthadone, etc.). Les étapes de l'injection sont passées en revue avec les précautions à prendre. La phase pratique permet d'observer tranquillement avec l'usager comment il s'y prend, de lui proposer quelques ajustements le cas échéant.

### 5.2.3 Le point de vue des usagers

#### **Les étapes d'injection et la répétition des gestes à l'extérieur**

Il a été demandé aux quinze utilisateurs interviewés de raconter leur dernière injection, étape par étape.

Cinq usagers relatent avoir partagé leur produit avec un autre utilisateur. Parmi eux, un usager a préparé sa dose mais c'est un autre usager qui a réalisé l'injection.

Les usagers se lavent systématiquement les mains avant et après l'injection au Quai 9. Deux usagers précisent qu'ils le font au Quai 9 parce que c'est « *obligatoire* ». Certains ne se lavent pas toujours les mains quand ils consomment dans un appartement ou à domicile. Il apparaît que le sens de cet acte n'est pas encore compris par tous. La désinfection du site d'injection avant la première injection est aussi répandue au Quai 9 que dans un appartement ou à domicile : elle est généralement effectuée mais pas de façon systématique.

Cependant, ces deux actes sont souvent difficiles à répéter quand l'injection se déroule dans un lieu public (wc, allée, cave, jardin public, etc.). En effet, plusieurs usagers relatent qu'il n'y a pas toujours un endroit pour se laver les mains et ils omettent parfois l'étape de désinfection. L'aspect de stress et la crainte d'être découvert ont un impact sur le non-respect de ces étapes.

Concernant le matériel d'injection, la plupart des usagers mettent en avant leur souci d'utiliser systématiquement du matériel propre. Une usagère précise qu'elle apprécie de pouvoir se le procurer facilement pour l'utiliser chez elle, y compris la pommade.

Lorsque l'injection se fait en plusieurs points, la désinfection ne suit pas toujours. « *Je ne désinfecte pas à chaque injection différente, d'ailleurs je pense qu'aucun ne réussit à respecter toutes les étapes* ».

Concernant l'utilisation du garrot, plusieurs disent s'en servir. Parmi eux, deux usagers ont commencé à l'utiliser suite à un atelier d'injection. Les utilisateurs qui n'en font pas usage estiment qu'ils n'en ont pas besoin parce que leurs veines sont encore en bon état. « *Je vois encore mes veines, le jour où je ne les verrai plus j'en mettrai un* ». D'autres rapportent une utilisation du garrot inadéquate (sans le desserrer avant l'injection).

La détente avant l'injection afin d'avoir plus de succès lors de l'injection est mise en avant par deux usagers (dont une jeune femme qui a suivi l'atelier d'injection) : « *Je me suis assise tranquillement, j'étais un peu en manque, nerveuse, donc je me suis détendue* ». Un meilleur état d'esprit est garant d'une 'meilleure injection' : « *Prendre le temps de bien voir ses veines, si l'on est bien dans sa tête, l'injection marche du premier coup, si on arrive pressé, tendu, on galère, on change 56 fois d'aiguille* ».

Certains usagers décrivent leur difficulté à s'injecter. Cette difficulté est en lien avec la détérioration de leurs veines suite à des années d'injection ou encore à des veines initialement fines et 'rebelles' à l'injection. Deux injecteurs de longue date relatent : « *J'ai trouvé la veine mais à la fin, à cause de la pression, elle s'est déchirée, alors on continue l'injection et on perd tout, ou on s'arrête et on cherche une autre veine* ». « *Je m'en veux parce qu'avant j'arrivais à faire ça du premier coup, maintenant je n'ai plus que des petites veines, et ça c'est galère, je n'ai plus que les mains où ça passe* ». Une femme 'jeune-injecteur' raconte : « *Le seul endroit où malheureusement j'arrive à injecter plus ou moins facilement, c'est la poitrine* ».

Après l'injection, la désinfection est relativement courante, la pommade et le sparadrap sont également cités par plusieurs usagers.

### Les notions apprises au Quai 9

Parmi les 15 usagers rencontrés, 3 ont déjà bénéficié de l'atelier d'injection.

10 usagers disent avoir appris différentes notions grâce au Quai 9, concernant l'hygiène d'injection, la façon de s'injecter ou comment on peut contracter l'hépatite par exemple. De plus, beaucoup apprécient les conseils prodigués par le personnel du Quai 9. Les 5 autres usagers pensent qu'ils connaissaient déjà les bonnes procédures pour réaliser une injection 'propre' avant de fréquenter Quai 9. L'un d'eux précise d'ailleurs qu'il est un ancien client du bus BIPS.

Concernant l'hygiène d'injection, quelques usagers évoquent qu'avant ils ne se lavaient pas les mains, qu'ils ne se désinfectaient pas ou moins souvent, ou encore qu'ils partageaient leur seringue. « *Au début du Quai 9, j'ai appris l'hygiène, on ne se rend pas forcément compte de tous les dangers qu'il y a, les bactéries, etc.* ». Un usager ajoute que depuis qu'il vient au Quai 9 il emporte suffisamment de matériel avec lui.

Sur le plan de la façon de s'injecter, quelques usagers mentionnent qu'auparavant ils présentaient l'aiguille dans le mauvais sens dans la veine (à contre-courant du flux sanguin). Un usager raconte que l'intervenant lui explique parfois que son aiguille est mal présentée dans la veine et que c'est la raison pour laquelle l'injection ne fonctionne pas.

Concernant la prévention des hépatites et des overdoses, un usager est très reconnaissant au Quai 9 dans son rôle de prophylaxie. « *Je n'ai aucune hépatite. Probablement je le dois au personnel du Quai 9. Ils m'ont dit qu'on pouvait aussi attraper l'hépatite en fumant, par le biais de la salive ou par les muqueuses, ils m'ont aussi appris que je risque une OD<sup>36</sup> quand je la fume. Par conséquent je fume moins.* » Une usagère quant à elle a appris au Quai 9 pourquoi à son avis elle a contracté l'hépatite. « *Je l'ai attrapée en utilisant le même filtre, la même cuillère* ». Elle explique également les précautions qu'elle prend lorsqu'elle se fait faire une injection par une personne séropositive, à savoir l'utilisation de gants et aucun partage de matériel (notion qu'elle connaissait déjà).

#### Synthèse

Le poste d'accueillant à l'entrée de la structure ainsi que le poste en salle d'injection demandent respectivement une vigilance de tous les instants ainsi que la faculté de recevoir chacun avec une même attention. Ces activités sont effectuées de façon véritablement professionnelle par les intervenants. Ce sont également les moments où l'intervenant peut repérer les usagers arrivant déjà en mauvais état, les nouveaux-venus ou ceux qui sont de retour de cure. Toutes ces situations demandent un type d'accueil, des messages de réduction des risques appropriés, éventuellement le refus de laisser entrer un utilisateur dans la salle d'injection. Par conséquent, **ces deux postes sont garants de l'utilisation de la salle d'injection dans de bonnes conditions pour les usagers**. Par ailleurs, il a été constaté que ces deux postes sont souvent assez surchargés (volume important de matériel échangé + distribution des tickets pour l'un et la gestion des 6 postes en salle d'injection pour l'autre).

**La nature des messages de prévention** transmis diffère en partie, selon que l'utilisateur se trouve dans l'espace accueil ou dans la salle d'injection. Dans l'espace accueil il est encore temps pour proposer une discussion avec l'utilisateur (par exemple un utilisateur de retour de cure

<sup>36</sup> Overdose (OD).

ou un jeune injecteur), de comprendre sa motivation, tenter de le dissuader ou lui proposer un autre mode de consommation (fumée par ex.). En salle d'injection, il est toujours possible de demander à un usager de rebrousser chemin lorsqu'il n'apparaît pas en état pour consommer par exemple. Le temps manque pour le conseil, qui se fait plutôt sous la forme 'd'un rappel à l'ordre'.

**Une culture de l'hygiène d'injection** commence à se développer parmi les utilisateurs du Quai 9. Il y a également une **tendance à reproduire à l'extérieur les gestes appris au Quai 9**. L'hygiène en suivant les étapes d'injection apparaît davantage assimilée par les usagers qu'au terme de la première année d'évaluation. On relève encore des différences d'application des étapes d'injection selon que l'usager effectue l'injection au Quai 9 ou dans un lieu public (le lavage des mains et la désinfection du point manquent). Cependant, lorsque l'injection est effectuée à domicile, il existe effectivement une tendance à reproduire les mêmes gestes qu'au Quai 9. Un aspect des étapes d'injection reste à surveiller et à consolider au Quai 9 : lorsqu'un usager recherche une veine et pique en plusieurs points, la désinfection et le changement d'aiguille ne suivent pas forcément. Notons que le sens de certaines conduites à adopter n'est pas toujours compris par certains utilisateurs (utilisation du garrot, lavage des mains, désinfection), c'est aussi la raison pour laquelle elles ne sont pas reproduites à l'extérieur. De plus, les croyances des utilisateurs sont difficiles à déloger.

### 5.3 QUAI 9 A T-IL UNE INFLUENCE SUR LES COMPORTEMENTS DES USAGERS EN TERMES DE RESPONSABILISATION DE LEUR SANTÉ EN GÉNÉRAL ?

#### **Situation à fin 2002**

Concernant les aspects de prévention des risques sexuels, Quai 9 constate dans le bilan de la première année que le souci autour des aspects d'injection focalise une grande part de l'attention de l'équipe en 2002, laissant la prévention dans le domaine sexuel au second plan. Peu d'échanges avec les utilisateurs autour des pratiques sexuelles ont lieu.

Le Moment Femmes permet des discussions en profondeur avec les consommatrices de drogues, notamment sur la sexualité, mais est encore peu fréquenté.

Par ailleurs, concernant l'aspect du 'mieux-être', le souhait de l'équipe est de poursuivre un travail en direction de la valorisation des capacités et compétences des usagers : favoriser l'augmentation de l'estime de soi par le biais des petits jobs, le ramassage des seringues, la possibilité de prendre des douches, de mieux se nourrir et se vêtir (soit le maintien des objectifs).

### 5.3.1 Les actions développées par Quai 9 en 2003

En ce qui concerne la question de la **sexualité** : une rencontre a eu lieu entre l'équipe et l'association Aspasia<sup>37</sup> et entre l'équipe et un sociologue<sup>38</sup> sur la façon d'aborder le thème de la prostitution avec les femmes et les hommes. Des intervenantes de l'association Viol Secours et du Planning Familial participent une fois par mois au Moment Femmes. Dès janvier 2004, l'association Aspasia est aussi présente une fois par mois pour les utilisatrices.

Une rencontre de l'équipe avec l'**Unité mobile de soins communautaires** a eu lieu, afin de mieux connaître leurs prestations. Ce service est l'un des principaux relais du Quai 9, notamment pour des utilisateurs étrangers sans assurance maladie qui n'ont pas la possibilité de recevoir des soins médicaux ailleurs.

Un panneau explicatif plus visible que le précédent, exposant différents **préservatifs** et leurs propriétés (taille, lubrifiant) est disposé près de l'entrée, dans l'espace accueil.

Le **bien-être des usagers** et l'amélioration de leur façon de prendre soin d'eux-mêmes a été abordé particulièrement lors d'une semaine thématique sur l'eau – concernant les besoins physiques en eau et l'eau potable à Genève – qui a remporté un vif succès. Une autre semaine thématique est en préparation pour mars 2004 sur le thème 'Manger pas cher et équilibré'.

### 5.3.2 Les observations

L'accueil de l'utilisateur au moment de son entrée dans la structure est un moment propice pour s'enquérir de sa santé, lui demander comment il va et cela se fait, au-delà de la formule de politesse. Quand un usager n'apparaît pas en bonne santé ou dans un état altéré, l'intervenant le remarque et essaie d'en savoir plus. Mais cela n'est pas toujours possible étant donné l'activité importante que demande ce poste. Par ailleurs, les usagers sont parfois peu bavards et sont dans l'attente d'entrer en salle d'injection. De temps en temps, un intervenant fait le tour des tables dans l'espace accueil et demande à plusieurs usagers comment ils vont. Le besoin d'être écouté et de se raconter est très présent chez les utilisateurs.

Des bols de céréales, différents jus de fruits et autres en-cas sont en vente pour un coût modique au bar. Les usagers en sont très demandeurs. Par exemple, une jeune femme fait un commentaire sur le fait qu'elle a rarement l'occasion de se préparer un repas pendant la journée, et qu'elle apprécie cette offre.

Les douches sont utilisées. Par ailleurs, il arrive de temps en temps qu'un intervenant interpelle gentiment un usager qui aurait besoin de prendre une douche.

Des usagers demandent assez régulièrement à voir une infirmière ou le médecin pour refaire un pansement ou pour traiter un abcès. Lors de ses visites, le médecin retrouve quelques utilisateurs d'abord dans l'espace accueil où il les conseille, les reconforte et les accompagne. Puis il passe en salle de soins avec un usager et prend le temps de discuter avec celui-ci tout en prodiguant les soins et en transmettant un message de prévention.

---

<sup>37</sup> Aspasia est une association de solidarité qui, dans une attitude de non-jugement, défend les droits des personnes travaillant dans les métiers du sexe.

<sup>38</sup> D. Welzer-Lang, qui a fait de la recherche dans le domaine de la prostitution et a notamment travaillé sur la question du genre.

Des usagers apparaissant déprimés ou en mauvais état physique sont relayés ou accompagnés de la salle d'injection vers l'intervenant se trouvant dans l'espace accueil pour un moment de réconfort. Le moment femmes constitue aussi un intervalle où la plus grande disponibilité des intervenantes permet de faire un accompagnement individuel plus approfondi, de mieux cibler la difficulté dans laquelle se trouve l'usagère et également de lui proposer une orientation vers une structure du réseau genevois. Par exemple, une jeune femme enceinte parle de son bébé à venir et d'une première échographie, réalisée gratuitement à la maternité avec le concours du médecin du Quai 9.

La prévention concernant les maladies transmissibles semble ne pas être facilement abordée avec les usagers. La présence très visible du panneau exposant des préservatifs ne semble pas susciter davantage le dialogue sur la sexualité entre intervenants et usagers. De temps en temps, des préservatifs sont proposés lors de l'échange de matériel, parfois des occasions n'ont pas été saisies par l'intervenant. Par exemple la proposition de fourniture de préservatifs n'a pas été lancée à une femme qui venait chercher du matériel d'injection pour elle et son ami en précisant qu'ils vivaient en couple. Ou encore quand une utilisatrice s'est intéressée au préservatif féminin (Femidom), l'intervenant n'a pas pris le temps de développer un échange autour de cette demande par exemple.

**L'équipe** est en accord avec l'idée que la prévention sexuelle reste encore à développer au Quai 9 et s'interroge sur la façon d'aborder cette problématique. Elle constate que la nouvelle façon de présenter les préservatifs ne permet pas davantage à l'équipe d'engager une discussion autour de la sexualité avec les utilisateurs. Elle distingue deux thèmes, l'échange de services sexuels et la sexualité des utilisateurs, le second thème étant plus difficile à aborder. La notion de couple n'est quasiment pas discutée avec les usagers. L'intimité des utilisateurs est un sujet délicat et demande selon elle l'instauration préalable d'un lien de confiance. L'équipe est consciente qu'un certain nombre d'infections VIH doivent être transmises par rapports sexuels chez les consommateurs. Elle pense qu'il est également important de travailler sur la prévention avec les personnes déjà atteintes du VIH. L'équipe relève par ailleurs que le bar n'est pas le lieu idéal pour traiter de ces sujets. Le panneau 'préservatifs' situé à côté du bar vers l'entrée fait plutôt office de rappel. Concernant le préservatif féminin, lorsqu'une femme est intéressée, il lui est proposé de le tester chez elle.

### 5.3.3 Le point de vue des usagers

Les questions de santé que les usagers abordent sont essentiellement liées à leur toxico-dépendance. La conscience de sa propre santé dans le sens de préservation ou de 'promotion' de santé apparaît peu.

Sept usagers disent plutôt spontanément que Quai 9 a une influence positive sur différents aspects de leur santé : son rôle dans la prévention est en particulier mentionné (conseils donnés par les intervenants, informations diffusées sous la forme de dépliants et d'affiches). « *Cela permet de prendre conscience, j'ai tendance à faire plus attention, à penser et à faire autrement* ». L'importance des soins mis à disposition est aussi évoquée par deux usagers, en particulier la possibilité d'y accéder de façon immédiate en cas d'abcès ou de surdose.

Trois usagers estiment déjà prendre soin d'eux-mêmes. Une utilisatrice nuance cette remarque en considérant qu'elle ne se nourrit pas assez bien. Un usager dit faire davantage attention à sa santé depuis qu'il a attrapé l'hépatite. Les autres usagers ne s'expriment pas particulièrement sur cette question.

Relevons que les besoins et les problèmes dans le domaine de la santé sont importants et rapportés par les usagers : par exemple, plusieurs se décrivent en phase de dépression, relatant des situations récentes de pertes dans leur vie. L'un a cessé de travailler pour des raisons de santé sans que son statut ne soit

encore reconnu par l'AI. Une usagère a récemment subi un avortement. Deux usagers sont sans domicile fixe depuis quelques mois, à cause de circonstances plutôt traumatisantes. Plusieurs sont porteurs du VIH ou de l'hépatite C.

Concernant l'utilisation de préservatifs, 6 des personnes interrogées disent en utiliser systématiquement. L'une de ces personnes se prostitue. Elle raconte recevoir beaucoup de demandes sans préservatif, ce qu'elle refuse toujours, étant elle-même séropositive. Par ailleurs, un usager utilise maintenant toujours un préservatif, ce qu'il ne faisait pas forcément avant de fréquenter Quai 9.

Quatre personnes précisent que, lorsqu'elles ont une relation stable, elles n'utilisent pas de préservatif (un seul couple aurait fait un test VIH au début de la relation). Par ailleurs, trois usagers indiquent qu'ils utilisent un préservatif dans le cadre de leurs relations occasionnelles. Les autres n'utilisent pas toujours de préservatifs, ou ne donnent pas d'indication ou n'ont pas d'activité sexuelle actuellement.

### Synthèse

Quai 9 est attentif à la question de responsabilisation de la santé globale des usagers. Le repérage des abcès, infections et risques d'overdoses, la transmission des messages en lien avec le risque de contracter le VIH, les hépatites ou d'autres abcès, mais également l'intérêt pour la santé des usagers font partie de l'activité quotidienne de l'équipe. De leur côté, les usagers ne sont globalement pas dans une perspective de développer une responsabilité quant au maintien ou au développement d'une bonne santé (physique et psychique). **La question de la santé consiste pour les usagers à la réduction des risques liés à leur consommation.** Beaucoup font état d'une santé précaire liée aux infections, au VIH ou à l'hépatite. Les efforts de l'équipe pour contribuer à développer petit à petit une responsabilisation de la santé des usagers sont à relever.

Par ailleurs, la prévention dans le domaine de la sexualité est encore peu développée au Quai 9, même si une réflexion et un travail est déjà engagé autour des échanges de services sexuels. Pour l'équipe, la sexualité des utilisateurs et les risques encourus sont des sujets délicats à aborder qui demandent une relation de confiance préalable.

## 5.4 COMMENT LES USAGERS RÉUSSISSENT-ILS À GÉRER LEUR CONSOMMATION QUOTIDIENNE AVEC L'APPORT DU QUAI 9 ? ET COMMENT RÉAGISSENT-ILS À L'ATTENTE POUR ENTRER DANS LA SALLE D'INJECTION ?

### **Situation à fin 2002**

La question de l'influence du Quai 9 sur la consommation des usagers apparaît lors de la première phase de l'évaluation : les entretiens avec les usagers apportent des informations contradictoires à ce sujet (pour certains, augmentation de la consommation, pour d'autres diminution). Lors de son bilan, l'équipe se demande si son action peut permettre à l'utilisateur de mieux contrôler sa consommation.

Concernant l'attente pour entrer dans la salle d'injection, le rapport d'activités 2002 (secteur réduction des risques du GSG) constate que, selon les moments et l'intensité de l'occupation de la salle d'injection, le temps d'attente peut paraître nettement trop long à certaines personnes stressées ; certaines personnes vont dès lors s'injecter ailleurs, dans le voisinage, cette situation ne favorisant pas l'intégration de la structure dans le quartier.

Concernant ces deux sujets, Quai 9 n'a pas développé d'actions spécifiques supplémentaires en 2003.

### 5.4.1 Les observations

La gestion de la consommation n'est pas l'objet de l'observation, excepté l'attente pour la salle d'injection et ce qu'elle peut engendrer chez les usagers.

#### **L'attente pour la salle d'injection**

Dans les moments d'affluence, avec les allées et venues incessantes des utilisateurs dans la structure, il est parfois difficile d'observer lesquels s'en vont parce qu'ils ne peuvent patienter. Néanmoins, l'attente est généralement bien acceptée. Après avoir pris leur ticket, les utilisateurs vont s'asseoir dans l'espace accueil ou s'accourent au bar, certains prennent une boisson, ils discutent entre eux ou avec un intervenant. De temps à autre, un usager exprime de l'exaspération. Du côté de la salle d'injection, l'intervenant de permanence est averti quand il commence à y avoir beaucoup d'attente. Il demande aux usagers présents de faire au mieux et de ne pas trop s'attarder après l'injection par solidarité pour ceux qui attendent. Cette requête semble bien acceptée par les usagers.

L'équipe quant à elle considère que l'attente participe à la gestion de la consommation.

### 5.4.2 Le point de vue des usagers

Afin de mieux se représenter les 15 utilisateurs rencontrés sur le plan de leur consommation, leur profil est décrit ici. La majorité sont des utilisateurs réguliers du Quai 9, 8 viennent s'injecter tous les jours, 6 y viennent entre une et trois fois par semaine et un utilisateur y vient plus irrégulièrement. Sept usagers consomment principalement de l'héroïne et trois de la cocaïne. Trois autres consomment aussi bien de l'héroïne que de la cocaïne. Un usager s'injecte principalement du Dormicum®, enfin un usager est poly-toxicomane, mais l'injection n'est pas le mode principal de consommation qu'il utilise.

L'injection est le mode de consommation unique pour 11 utilisateurs. Trois consommateurs fument ou sniffent leur substance en second lieu, alors qu'un consommateur la fume principalement. Neuf usagers consomment entre une et 4 fois par jour et 6 usagers consomment entre une et trois fois par semaine. Deux tiers des usagers consomment de la drogue depuis plus de 10 ans (en moyenne 17 ans et demi), 3 usagers depuis 4 à 7 ans et deux usagers depuis 1 à 2 ans. Notons que deux utilisatrices sont de 'nouveaux injecteurs', l'une depuis deux mois, la seconde depuis un an, avec une pause de 6 mois entre deux.

### **L'influence du Quai 9 sur la consommation**

Sept usagers estiment que Quai 9 n'a pas d'influence sur leur consommation, 4 usagers considèrent que Quai 9 a plutôt tendance à les aider à diminuer leur consommation ou à la stabiliser et 4 usagers pensent que Quai 9 peut les amener ou les a amenés à une augmentation de la consommation. Parmi eux, deux ont recommencé à s'injecter au Quai 9.

Concernant le premier groupe (la non-influence du Quai 9), un usager explique : « *L'envie de consommer est la même sans Quai 9, ça ne donne pas plus ni moins envie* ». Selon un autre, ce qui gère la consommation est l'aspect financier. Parmi ce groupe de consommateurs, il y a une jeune femme 'nouvel injecteur', depuis deux mois. Précisons que ses premières injections n'ont pas eu lieu au Quai 9. Cette usagère sniffait de la cocaïne depuis un an et a déjà entrepris un traitement de substitution. Elle a subi un viol qui a provoqué des envies suicidaires. « *Mon premier 'fix' était dans le but de faire une overdose* ». La première fois qu'elle est venue au Quai 9, elle ne savait pas s'injecter seule et n'avait pas non plus idée de la quantité qu'elle consommait (cela faisait environ deux mois qu'elle avait commencé, recevant ses doses en cadeau par un homme qui souhaitait qu'elle se prostitue pour lui, ce qu'elle a refusé), un autre usager lui a préparé sa dose, depuis elle s'injecte seule et diminue régulièrement la quantité qu'elle s'injecte. Elle est par ailleurs suivie par un psychiatre.

Les différentes raisons concernant l'influence du Quai 9 sur la réduction de la consommation (deuxième groupe de 4 usagers), sont le fait de se sentir plus tranquille, de devoir attendre son tour, d'assumer une responsabilité en faisant partie de l'équipe de ramassage de seringues et de la disponibilité de l'équipe avec qui ils peuvent discuter. « *Ça aurait tendance à faciliter la voie différente, en espaçant les injections par exemple, parce qu'il y a des gens pour parler* ». Le fait également que Quai 9 soit un lieu propre et bien éclairé permettant de mieux voir la quantité et la qualité du produit à injecter, encourage une meilleure gestion de la consommation. Dans ce groupe, il y a une seconde femme 'nouvel injecteur' depuis un an (avec une pause de 6 mois entre deux). Elle non plus n'a pas débuté ce mode d'injection au Quai 9. Cette utilisatrice est dépendante de l'alcool et sniffé ou fume de la cocaïne depuis quelques années. Elle dit que l'injection de cocaïne lui convient mieux. Les autres modes de consommation provoquaient des pensées obsédantes et un stress important, induisant des insomnies plusieurs nuits d'affilée. Cette utilisatrice estime consommer moins en venant au Quai 9 : « *quand je discute, ça m'amène plus que ce que m'amènerait une boulette de coke, c'est une compensation énorme, je ne connais aucun intervenant du Quai 9 qui n'ait pas une oreille attentive* ». Elle vient également au Quai 9 sans l'intention de s'injecter.

Le troisième groupe comprend les consommateurs pour qui Quai 9 a amené une augmentation de leur consommation (ils sont 4). Pour un usager « *Quai 9 facilite la consommation, sans Quai 9, il y aurait eu quelques injections que je n'aurais pas faites* ». Un autre usager met en avant le besoin d'être vigilant en ne se mêlant pas aux autres usagers dans la structure, cela ayant entraîné pour lui une augmentation de sa consommation au début de sa venue dans le lieu, qu'il a appris à maîtriser ensuite. Actuellement, il peut dire que la structure n'a plus d'influence sur sa consommation.

Par ailleurs, deux usagers faisant également partie de ce groupe, disent avoir recommencé leur consommation par injection au Quai 9. Ils sont tous deux des consommateurs de longue date, avec des périodes sans produit ou avec traitement de substitution. Le premier consommait déjà de la cocaïne par injection avant l'ouverture du Quai 9, il y a recommencé l'héroïne, parce qu'il s'y sent en sécurité, ayant toujours redouté l'overdose en lien avec cette substance. Le second a décidé d'arrêter de lui-même le traitement de substitution à la méthadone qu'il suivait depuis 15 ans : « *ce qui m'a fait énormément consommer de l'héroïne, j'ai réussi mon coup. C'est un choix, on passe toute sa vie sous métha ou pas* ». Ceci s'est déroulé au moment où il a commencé à se rendre au Quai 9. Sa venue au Quai 9 était également liée à une forte curiosité et au début d'une période d'injection à la cocaïne, qu'il n'a rapidement plus pu maîtriser après quelques jours de consommation. « *J'ai 29 ans de milieu (...) je suis venu au Quai 9 pour voir comment ça se passe (...) j'ai re-croché en quelques jours, à trop vouloir regarder ce qui se passait autour de moi, je me suis oublié* ». Cet utilisateur relève qu'il lui est arrivé de consommer davantage en lien avec sa présence au Quai 9, la promiscuité avec d'autres usagers n'aidant pas une bonne gestion de sa consommation.

### **La gestion de la consommation au quotidien**

Deux usagers racontent réaliser toutes leurs injections au Quai 9. Pour le premier, c'est suite à un abcès contracté il y a un an et qui a entraîné une hospitalisation, qu'il a décidé de faire ainsi. Le second usager se fait toujours injecter par une autre personne (toujours le même copain) au Quai 9. En dehors du Quai 9 ou si son copain est absent, il fume sa substance. La majorité des personnes interviewées font donc aussi leurs injections ailleurs.

Huit usagers expliquent qu'ils essaient de gérer leur consommation au quotidien, par différents moyens, avec plus ou moins de succès. Parmi eux, 5 usagers sont dans une perspective de diminution, voire d'arrêt de leur consommation à moyen terme. Certains essaient de réduire le nombre quotidien d'injections, une utilisatrice recommence à fumer de l'héroïne de temps en temps afin de se déshabituer progressivement du rituel de l'injection. Un autre usager évoque le besoin de rester maître de lui-même et choisit une substance 'gérable' (en l'occurrence l'héroïne) : « *... pas de médecins, métha ou Subutex®, ça semble être pire à gérer, notamment le Dormicum®, ça met les gens à l'ouest (...) je reste dans une conso pas dangereuse* ». Ce sentiment de contrôler leur consommation correspond probablement à une façon de dénier la non-maîtrise de vie dans laquelle ils sont plongés. Cette manière de penser les protège probablement d'une plus grande vulnérabilité narcissique et d'une baisse de l'estime de soi.

Par ailleurs, un utilisateur a cessé de consommer de la cocaïne depuis plusieurs mois, substance qui provoquait beaucoup de stress et le rendait 'paranoïaque'. Actuellement il vient au Quai 9 essentiellement le vendredi et le week-end. Un autre utilisateur (consommateur de longue date) a quant à lui commencé récemment l'injection de cocaïne : « *J'ai vu qu'on ne pense plus qu'à ça dès qu'on est dedans, donc j'ai attendu assez tard dans la soirée pour commencer, de façon à ne pas tourner en rond comme un fou l'après-midi après la coke* ».

Trois usagers ont une gestion plus chaotique de leur consommation. Mentionnons qu'ils sont tous trois actuellement sans domicile fixe. Deux consomment de la cocaïne principalement : une utilisatrice souhaiterait que Quai 9 soit ouvert également la nuit. Quant au second, il semble pris dans le tourbillon de la cocaïne : « *Il suffit qu'on tombe sur de la bonne coke, au lieu de consommer 4 fois par semaine, on consomme 40 fois par semaine* ». Le 3<sup>ème</sup> usager ne ressent plus d'effet avec l'héroïne, par conséquent il s'injecte du Dormicum®, il a par ailleurs augmenté sa consommation le dernier mois car il se trouve dans des conditions de vie plus difficiles.

## L'attente pour la salle d'injection

Huit usagers disent attendre leur tour dans la mesure du possible, plusieurs ressentant même ce délai imposé comme un 'travail d'endurance'. Cependant, lorsque l'attente est trop longue et suivant l'état physique ou psychique dans lequel ils se trouvent, il arrive qu'ils sortent pour faire leur injection ailleurs. « *Si je suis vraiment malade, que je n'en peux plus, il m'arrive quelques fois d'aller ailleurs. Autrement je bois un verre, je discute avec les gens, le temps passe vite finalement* ». Quand ils font leur injection en dehors du Quai 9 à cause d'une attente leur paraissant trop longue, 4 usagers consomment dans un lieu public, deux usagers à domicile et deux usagers à domicile ou dans un lieu public. Dehors, plusieurs évitent délibérément le voisinage par respect de la volonté d'intégration du Quai 9 dans le quartier. Plusieurs usagers ajoutent d'emblée qu'ils ramassent leur matériel après usage.

Cinq usagers attendent toujours leur tour pour la salle d'injection. La plupart précisent qu'ils ne sont pas suffisamment dépendants ou en manque pour quitter la structure. « *Je me dis c'est maintenant le moment de plaisir, le secret est dans le fait de bien vivre cette attente, à partir du moment où on sait qu'on a le produit, ça va* ». Enfin, deux usagers qui viennent au Quai 9 depuis peu de temps et de façon irrégulière disent n'avoir pas encore rencontré cette situation d'attente.

Les personnes rapportent que l'état de manque n'octroie que peu de délai d'attente, le temps qui passe étant vécu de façon quasi intolérable. La consommation de cocaïne semble davantage associée à ce vécu.

### Synthèse

Relevons en premier lieu que la majorité des usagers effectuent leurs injections à la fois au Quai 9 et en dehors (à domicile ou dans un lieu public). Quai 9 n'est donc pas le lieu exclusif des injections des utilisateurs.

Concernant l'influence du Quai 9 sur la gestion de la consommation, **trois groupes d'usagers émergent montrant des réactions différentes face au Quai 9** (non-influence sur leur consommation majoritaire, diminution ou augmentation minoritaires en proportions égales). La fréquentation du Quai 9 n'a pas d'impact sur les variations de la consommation du groupe d'usagers le plus important, l'aspect financier étant mentionné comme une raison possible. Une meilleure gestion ou une diminution de la consommation sont en lien avec l'espace créé par l'échange avec l'équipe, l'attente pour entrer en salle d'injection, une plus grande tranquillité. Les usagers qui annoncent une augmentation de leur consommation à un moment donné, l'associent le plus souvent à une promiscuité avec d'autres usagers dans l'espace accueil et leur influence négative.

Plusieurs usagers du Quai 9 mentionnent différentes stratégies qu'ils ont développées quant à la gestion, voire à la diminution de leur consommation au quotidien (choix du produit, variation du mode de consommation, désaccoutumance du rituel).

Concernant l'attente pour la salle d'injection, elle semble être utile pour la majorité des utilisateurs qui vivent ce **délai imposé comme un « travail d'endurance »**. Néanmoins, il arrive également que ces mêmes utilisateurs sortent pour s'injecter ailleurs, à domicile mais aussi dans un lieu public, l'attente étant devenue trop pénible. Dans ce dernier cas, les utilisateurs relèvent leur souci de préserver le quartier alentour et disent ramasser leur matériel.

## 5.5 QUAI 9 A T-IL UNE INFLUENCE SUR UNE PRISE DE DÉCISION DE L'USAGER D'ENTREPRENDRE UNE DÉMARCHE EN VUE D'ARRÊTER LA CONSOMMATION ET/OU D'ENTRER EN TRAITEMENT ?

### Situation à fin 2002

Une majorité de clients du Quai 9 sont en traitement de substitution, que l'on calcule cette proportion selon le questionnaire d'entrée (59%) ou selon l'enquête de clientèle (72%).

### 5.5.1 Les actions développées par Quai 9 en 2003

**Affiner la connaissance de l'équipe sur le réseau de soins :** des réunions ont eu lieu avec d'autres professionnels du réseau, comme le personnel des urgences de l'Hôpital Cantonal et le Centre de santé des migrants. Concernant l'Hôpital Cantonal, l'intérêt de l'équipe est de connaître comment y sont reçus les usagers. Réciproquement, les soignants en formation en soins d'urgence doivent maintenant faire un stage au Quai 9 afin de développer leur regard sur les utilisateurs. L'objectif est également d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers lorsqu'une urgence survient. Du côté du Centre migrants, l'équipe désire mieux connaître les droits des migrants, notamment des requérants d'asile géorgiens, en matière de prise en charge médicale (sevrages, traitement de l'hépatite).

Un '*guideline* réseau' est en cours de création ; il s'agit d'un répertoire pour l'équipe qui rassemble les personnes clés au sein des institutions du réseau auprès de qui elle peut s'adresser de façon privilégiée.

**Améliorer la connaissance du Quai 9 chez les partenaires du réseau :** une plaquette de présentation du Quai 9 est en cours de réalisation.

**Améliorer l'orientation des utilisateurs :** le travail d'orientation des utilisateurs vers différentes structures du réseau a évolué vers un travail de médiation entre les usagers et les structures. L'idée est de soutenir des usagers à reprendre contact avec une structure après une rupture de traitement par exemple, ou de corriger des idées fausses que celui-ci a pu accumuler sur une structure. Dans ce sens une première collaboration avec Entr'acte<sup>39</sup> a été initiée depuis octobre 2003 : des intervenants de l'association viennent dans l'espace accueil une fois par mois pendant deux heures et sont à la disposition des utilisateurs.

**L'augmentation des horaires de la permanence du médecin** en 2003 peut aussi être considérée comme un renforcement des efforts d'orientation des usagers vers le réseau de soins, du fait des possibilités de conseil et de diagnostic que cela représente.

### 5.5.2 Les observations

Dans la salle d'accueil une altercation a été observée entre une usagère qui s'en va bruyamment et un intervenant ; celle-ci vient de se faire une injection. Il s'avère qu'elle vient d'entrer en traitement

---

<sup>39</sup> Entr'acte : prestation d'Argos (association d'aide aux personnes toxico-dépendantes). Son objectif est de répondre concrètement aux problèmes immédiats des personnes.

résidentiel et s'en est enfuie : on lui aurait interdit de sortir de sa chambre et de se mêler aux autres résidents, déjà sevrés, pour ne pas « *leur faire envie* ». L'intervenant a tenté de lui expliquer que c'était pour son bien. Les intervenants ont été avertis du fait qu'elle avait abandonné son traitement par le médecin qui vient consulter au Quai 9.

Deux situations ont été observées dans la salle d'injection : un usager, plus revu depuis plusieurs mois, entre. L'intervenant le questionne sur sa consommation. Cet usager dit recommencer une consommation après une cure d'un an et précise qu'il est accompagné par un autre usager qu'il connaît bien et « *compte faire attention* ». L'intervenant le met en garde sur les risques liés à la reprise de l'injection et le relance encore après son injection lui rappelant encore une fois ces risques. Or il n'a pas tenté de le dissuader de s'injecter.

La seconde situation est la suivante : un jeune usager entre en salle d'injection en se posant à haute voix des questions sur une entrée en traitement de méthadone prévue prochainement et en affichant ses doutes sur l'efficacité du traitement : le temps manquait pour discuter mais il n'y a pas eu de relais proposé avec quelqu'un en salle d'accueil pour en parler et la question n'a pas été relancée après l'injection lorsque l'usager s'apprêtait à sortir.

**Pour l'équipe**, la première évaluation quant au retour d'un usager après ou pendant une cure par exemple, incombe à l'accueillant préposé à la distribution de tickets et à l'échange de matériel. Il est difficile de repérer l'usager se trouvant dans une telle situation. Quand cela arrive, l'intervenant essaie d'entrer en discussion avec l'usager, mais celui-ci abandonne rarement son intention de consommer. L'accès à la salle d'injection ne lui est pas refusé. Dans un second temps et afin qu'il évite une surdose ou une overdose, l'intervenant lui recommande par exemple d'injecter sa dose en deux fois. L'équipe considère que Quai 9 est un lieu protégé (de l'overdose) où l'usager vient se tester (lors d'une rechute, après un sevrage ou une cure). Quand l'usager évoque sa consommation en terme 'd'extra', l'intervenant le reprend et lui signifie qu'il s'agit là de consommation. L'équipe est en réflexion sur une stratégie à adopter face aux usagers qui se rendent au Quai 9 alors qu'ils sortent d'une cure. Dans ce sens, son projet est de rencontrer Argos<sup>40</sup> afin de partager sa réflexion.

Concernant les demandes des usagers sur des sujets supposant un échange plus approfondi (comme le traitement de substitution), l'équipe se positionne en évitant d'entrer en discussion en salle d'injection. Le fait de formuler une demande importante pour l'usager dans une situation inappropriée est assez fréquent. Souvent l'utilisateur est renvoyé vers un collègue. L'équipe précise qu'elle n'est pas obligée de répondre à toute question à tout moment. Cependant, les responsables souhaiteraient disposer d'un outil supplémentaire qui puisse aider l'équipe dans la gestion de l'ambivalence des usagers concernant leur traitement par exemple.

L'accompagnement de l'usager vers une structure du réseau (traitement médical, etc.) est une prestation peu développée car elle nécessite le déplacement de l'intervenant 'satellite', alors que sa présence est plus utile dans la structure. Cette prestation a néanmoins eu lieu à 3 reprises en 2003. L'encouragement de l'accompagnement par les pairs n'est pas courant non plus, trois à cinq fois dans l'année.

---

<sup>40</sup> Argos a pour but la création et la gestion de dispositifs destinés à la prise en charge de personnes toxico-dépendantes.

### 5.5.3 Le point de vue des usagers

#### **Le traitement et la consommation parallèle**

Dix utilisateurs sur les 15 interviewés ne sont actuellement pas en traitement. Cependant 9 d'entre eux ont déjà entrepris un traitement dans le passé. Notons qu'une usagère est actuellement en traitement ambulatoire pour une dépendance à l'alcool.

Cinq utilisateurs sont actuellement en traitement de méthadone, 4 d'entre eux ont une expérience de traitement(s) antérieur(s). Deux usagers sont suivis par un médecin privé et trois le sont par une structure publique. Un usager est de surcroît suivi dans un centre résidentiel à long terme. Un utilisateur précise qu'il a demandé un traitement de substitution (il y a 9 ans) afin d'obtenir l'AI. Par ailleurs, il dit n'utiliser que la moitié de la méthadone qu'il reçoit et vend l'autre moitié sur le marché noir.

Un seul usager précise qu'il ne parle pas de sa consommation parallèle à son médecin et un seul usager discute de son traitement au Quai 9. Par contre, les autres utilisateurs se sentent à l'aise pour évoquer la consommation parallèle avec leur médecin. Un usager précise que son médecin est content qu'il parle de sa consommation parallèle (fréquence d'une à deux fois par semaine). Le médecin la tolère, parce qu'il sent qu'il existe un équilibre entre les deux.

#### **Influence du Quai 9 sur le projet d'arrêter la consommation**

Trois personnes décrivent l'influence positive du Quai 9 sur leur projet d'arrêter leur consommation, alors que 12 personnes estiment que Quai 9 n'a pas (eu) d'influence sur une démarche de traitement. Parmi ces derniers, un usager a par ailleurs été aiguillé chez un médecin pour envisager un traitement par un autre lieu d'accueil à bas seuil (Morges).

Dans le premier groupe d'usagers (influence positive du Quai 9 pour 3 usagers), deux usagers racontent comment les intervenants du Quai 9 les accompagnent dans la réflexion autour de leur projet de sevrage. Ils se sentent compris, soutenus et encouragés : *« Je discute souvent avec un des gars, il essaie de voir qui je suis, que j'en vaille la peine, ça fait du bien d'avoir des gens comme ça qui sont pas consommateurs mais qui ont un rapport étroit avec les consommateurs, qui comprennent ce genre de choses. S'il y avait pas Quai 9 ce serait beaucoup plus difficile pour moi »*. Cette consommatrice vient également demander à l'équipe des informations sur les lieux de sevrage. Le troisième usager explique qu'il a été dirigé par l'équipe vers un centre de traitement de substitution en France voisine. Ce traitement (Subutex®) ne lui a pas convenu et il l'a stoppé après deux mois.

Dans le second groupe (non-influence du Quai 9 pour 12 usagers), 6 usagers ne manifestent à aucun moment le souhait d'arrêter leur consommation. Il est donc cohérent pour eux que Quai 9 n'ait pas d'influence sur une démarche potentielle d'amélioration de la situation.

Trois usagers disent que lorsqu'ils décideront de se lancer dans une démarche ils le feront par eux-mêmes (l'un d'entre eux est actuellement en traitement).

Une usagère ne consomme que de la cocaïne et elle pense réussir à faire un sevrage seule quand ce projet se présentera. Une autre usagère annonce qu'elle a l'intention de parler de ses difficultés de traitement lors du moment femmes. Elle n'avait pas de bonnes relations avec son médecin et se trouve actuellement sans traitement : *« Sans domicile fixe et sans cure, c'est le vide, tout va mal »*. Enfin, un usager en traitement précise qu'il discute plutôt de ses difficultés à arrêter sa consommation à son lieu de traitement.

## Synthèse

Une partie des usagers venant au Quai 9 sont déjà en traitement de substitution. Ils maintiennent par conséquent une consommation parallèle, visible au Quai 9. Par ailleurs, la plupart des usagers ne suivant pas un traitement en ont déjà suivi un antérieurement. La question de la consommation parallèle n'apparaît généralement pas comme un sujet tabou, les utilisateurs en parlent dans le cadre de leur traitement de substitution.

Par ailleurs, une partie des usagers ne manifeste clairement pas le souhait d'arrêter sa consommation, une autre partie ne pense pas associer Quai 9 à cette question (ils pensent s'adresser ailleurs), et un troisième groupe en discute librement avec l'équipe et se laisse conseiller et accompagner par celle-ci.

Quai 9 va dans le sens de développer ses connexions avec le réseau, en invitant notamment des acteurs du réseau dans l'espace accueil, permettant une prise de contact plus aisée pour les usagers.

Concernant les situations d'utilisateurs repérés comme étant de retour après une cure ou pendant leur cure, le risque plus élevé de faire une overdose est pris au sérieux par l'équipe et signalé à l'utilisateur.

## 5.6 QUAI 9 APPORTE-T-IL UN CHANGEMENT CHEZ LES USAGERS DU POINT DE VUE RELATIONNEL ET SOCIAL ?

### Situation à fin 2002

Le 1<sup>er</sup> rapport montre que Quai 9 favorise les liens sociaux entre usagers et avec l'équipe. Beaucoup de prestations sociales sont offertes sous forme d'écoute, d'entretiens individuels et de relais. Néanmoins, l'observation de l'espace accueil met en évidence le désœuvrement des usagers. La plupart des utilisateurs ont un domicile fixe et près de la moitié bénéficient d'une aide sociale, mais peu sont insérés sur le marché de l'emploi. De leur côté, les usagers sont satisfaits du Quai 9. Ils y trouvent de la tranquillité, de l'hygiène, un soutien médical et de la convivialité.

### 5.6.1 Les actions développées par l'équipe en 2003

#### Activités organisées

- Poursuite des brunchs le dimanche, également dans le but de promouvoir les relations entre usagers.
- Poursuite des petits jobs au Quai 9.
- Poursuite des activités du collectif : présence de différentes associations et organismes : Espoir Goutte d'Or (Paris)<sup>41</sup>, Antenne Drogues Familles, Narcotiques Anonymes, les responsables du

<sup>41</sup> Association Espoir Goutte d'Or : offre un lieu de concertation et d'entraide à toute personne concernée par la toxicomanie et ses conséquences socio-sanitaires, notamment le VIH et les hépatites.

logement d'urgence dans les abris de la protection civile, le GSG pour des questions juridiques notamment. Par ailleurs, des thématiques comme le *deal*, la sensibilisation aux premiers gestes à effectuer en cas d'overdose ont été abordées.

- Poursuite de l'équipe de ramassage de seringues. Elle est devenue stable vers le printemps 2003 avec la présence régulière de 4 usagers (agents communautaires). Après les deux premiers mois de mise en route (décembre 2002 et janvier 2003), l'équipe d'usagers intervient seule sur le terrain sans la présence d'un membre de l'équipe pour l'accompagner. En moyenne 245 seringues sont ramassées mensuellement<sup>42</sup> avec un maximum en juillet (465) et un minimum en février (78). 209 contacts à ce sujet ont eu lieu avec les voisins et/ou la collaboration avec ceux-ci, par exemple par la désignation d'un lieu où se trouve du matériel usagé.
- Parution du Journal du Quai 9 'Quoi de 9 au Quai 9?', 1<sup>er</sup> numéro paru en décembre 2003, il s'agit d'un journal tripartite, proposant la plume aussi bien à l'équipe, aux utilisateurs du Quai 9 qu'au voisinage.
- Poursuite des soirées rencontres avec le voisinage, avec la présence en général d'utilisateurs du Quai 9.

**Sanctions** : la réflexion se poursuit. Quand l'utilisateur revient après une sanction, le sens de celle-ci est repris avec l'utilisateur, l'objectif étant réparateur et préventif et non punitif. Par ailleurs deux opérations 'coup de poing' avec fermeture de toutes les prestations du Quai 9 pendant deux heures et ouverture d'une table ronde ont eu lieu en lien avec l'augmentation du nombre de seringues traînant dans le voisinage et avec l'augmentation du *deal* à l'intérieur du Quai 9.

#### Activités face à des groupes d'utilisateurs spécifiques

- réflexion sur l'accompagnement des personnes en soins palliatifs (journée réflexion nov. 2003) ;
- usagers géorgiens requérants d'asile : une médiation avec l'équipe grâce à trois permanences avec un médecin géorgien (lui-même requérant d'asile) a permis de faciliter la communication<sup>43</sup>, même s'il reste des difficultés.

### 5.6.2 Les observations

L'espace accueil est très fréquenté et bien investi par les utilisateurs. L'accueil où les tickets sont distribués permet d'emblée le contact et permet de baisser la tension des usagers entrant. Certains ne prennent pas immédiatement un ticket pour la salle d'injection, mais s'installent à une table, prennent une boisson ou un en-cas, discutent avec d'autres usagers ou un intervenant.

Certains usagers viennent travailler régulièrement au bar<sup>44</sup>, d'autres ponctuellement.

De façon générale, l'équipe a gagné en aisance dans son rapport avec les usagers. Notamment elle se meut plus facilement dans l'espace accueil, plus près des usagers. Alors qu'au cours de la première année de fonctionnement (voir observations 1<sup>er</sup> rapport), les membres de l'équipe se trouvaient le

---

<sup>42</sup> A noter que parmi les seringues ramassées, une faible partie l'est par l'intervenant 'satellite' au début de chaque journée du Quai 9, cela dans les environs proches du Quai 9 (vers l'UOG). Cette routine a été mise en place en 2003.

<sup>43</sup> Notamment faire émerger des demandes de soins spécifiques et généraux et de mettre en place des relais (Caritas, Centre santé migrants, Unité mobile de soins communautaires, etc.).

<sup>44</sup> Une heure par jour par usager.

plus souvent derrière le bar. Le bar garde bien sûr une fonction-ressource où l'intervenant se positionne parfois plus en retrait.

### 5.6.3 Le point de vue des usagers

Cinq usagers privilégient la rencontre avec les intervenants par rapport aux discussions avec les autres usagers. Les échanges avec les intervenants sont constructifs et encourageants : « ... *ils font du bien* », tandis que les discussions avec les autres usagers les maintiennent dans une optique de consommation, dans un milieu « ... *où on critique beaucoup* ».

Un usager raconte son besoin de créer des liens sociaux à un moment donné. Il se rendait au Quai 9 « ... *par envie de passer du bon temps, discuter avec l'équipe et voir du monde* ». Il est apparu que cette fréquentation plus assidue du lieu l'a amené à une augmentation temporaire de sa consommation. A contrario, une usagère décrit des échanges de qualité avec l'équipe dans une période où elle se prépare à entreprendre un sevrage. Elle relève son besoin de parler avec les intervenants « ... *qui connaissent le milieu mais qui ne sont pas consommateurs* ». Elle ajoute : « *Si on sait utiliser le lieu, il peut apporter beaucoup* ». Relevons que cette jeune femme a gardé un ami hors-milieu avec qui elle a des projets qui devraient l'aider à se reconnecter vers un nouveau départ.

Quai 9 est également un lieu privilégié pour se livrer, vider un trop plein d'émotions. Une usagère évoque à quel point Quai 9 la soutient dans une période de bouleversements. Le caractère informel du lieu, la possibilité d'y venir quand elle le souhaite, le non-jugement et l'accueil chaleureux sont autant d'atouts qu'elle ne retrouve pas ailleurs.

Bien qu'elle considère que ses échanges avec l'équipe l'aient aidée à reprendre confiance en elle, une autre utilisatrice aurait aimé que les intervenants viennent davantage à sa rencontre, plutôt que de rester à disposition. Ce propos sous-entend que dans les moments où l'estime de soi est faible, certains usagers ont de la difficulté à 'faire le pas' et s'adresser aux intervenants. De la même façon, un usager fréquentant Quai 9 depuis peu et se trouvant dans une situation de vie particulièrement difficile, donne l'impression d'être dans un rapport de méfiance vis-à-vis de l'équipe, notamment suite à une sanction reçue, et ne peut pour l'instant lui demander un soutien.

Un usager perçoit Quai 9 comme une espace débordant d'un côté vers la 'société' et de l'autre vers le 'monde des junkies' : « *Quai 9, lieu où les consommateurs de drogues sont reconnus, est une fenêtre, une porte d'entrée possible pour ceux qui ont envie de retourner dans la société* ». Questionné sur sa propre position dans cette configuration, cet usager se considère encore capable de faire lui-même le lien vers la société, sans le support du Quai 9. Dans le même sens, un autre usager ne se sert pas du Quai 9 pour renouer des liens : « *Mon tissu relationnel n'est pas assez détérioré pour que j'aie besoin du Quai 9* ». Un troisième usager, apparaît par contre confiné dans le milieu de la toxico-dépendance. Quai 9 lui donne la possibilité d'avoir des contacts avec l'équipe qu'il apprécie, mais qu'il ne peut étendre à l'extérieur du lieu, son identité de 'toxicomane' lui collant à la peau.

Une usagère, par ailleurs sans domicile fixe, indique l'apport du Quai 9 par rapport à l'image qu'elle peut donner d'elle à l'extérieur : « *Quand il y a un concierge qui me voit dans son allée, c'est pas parce que je me suis injectée, mais parce que je suis venue dormir* ».

Un usager, qui a intégré l'équipe de ramassage de seringues de façon régulière, considère cette activité comme un « *travail* »<sup>45</sup> et les intervenants comme « *ses potes* »<sup>46</sup>. Un homologue, également

---

<sup>45</sup> Il s'agit d'une activité rémunérée.

partie prenante de l'équipe de ramassage de seringues, dit passer parfois beaucoup de temps au Quai 9, où il « *attend là* », sans avoir forcément l'intention de consommer.

## 5.7 QUELLE EST LA PLACE DU QUAI 9 DANS LA VIE DES USAGERS ?

### Situation à fin 2002

A la fin de sa première année d'existence, Quai 9 est devenu un lieu de référence, très fréquenté où tous les services sont utilisés (distribution du matériel d'injection, salle d'injection, espace accueil, bar et soins). Deux types de clientèle sont mis en évidence : une clientèle majoritaire qui suit un traitement de substitution et la seconde, sans traitement, plus marginalisée, utilisant plus fréquemment Quai 9. D'autre part la structure est utilisée de manière différenciée : certains clients utilisent Quai 9 comme lieu principal d'injection, y consomment plusieurs fois par jour et utilisent plus fréquemment l'espace accueil après l'injection ; d'autres font aussi leurs injections ailleurs, consomment moins et quittent le plus souvent Quai 9 après leur injection.

### 5.7.1 Ce que les utilisateurs recherchent au Quai 9 et sa place dans leur vie actuelle

Il a été demandé aux usagers de raconter leur dernière journée depuis leur réveil au matin. Cette question nous renseigne sur la façon dont vivent les usagers au quotidien. De plus, le recoupement avec les informations recueillies au cours des entretiens dans leur entier permet de se faire une idée sur :

- **ce qui motive** essentiellement les utilisateurs à se rendre au Quai 9,
- **la place que tient Quai 9** dans la vie des utilisateurs.

Pour 6 usagers, la journée précédente était centrée autour du produit, soit sa recherche et sa consommation. Pour les autres 9 usagers, différentes activités, avec des amis/rencontres, seul ou en famille ont rythmé leur journée.

Trois groupes se dégagent de cette analyse :

Pour le premier tiers des utilisateurs (5), Quai 9 tient une place importante dans sa vie actuelle. On peut avancer qu'ils développent un **sentiment d'appartenance** au Quai 9. Ils s'y rendent quasi quotidiennement depuis un an au moins ou depuis l'ouverture du lieu. Trois d'entre eux sont sans domicile fixe depuis plus d'une année, et deux d'entre eux n'apparaissent pas réellement avoir un 'chez soi', puisqu'ils sont 'en dépannage' chez leurs parents. Par ailleurs, aucun ne suit un traitement de substitution actuellement. Pour ces utilisateurs, Quai 9 est beaucoup plus qu'un prolongement de la rue, il permet de développer une sphère plus privée. Ils bénéficient de plusieurs prestations qui font penser que Quai 9 constitue pour eux un point de repère central. C'est un lieu pour souffler, se reposer, prendre une douche, lire le journal et où le contact avec l'équipe est potentiellement toujours là, également pour du soutien par rapport à des questions de traitement

---

<sup>46</sup> Ce lien gratifiant est souvent qualifié de façon identique par les utilisateurs qui travaillent régulièrement au bar.

ou de sevrage. Dans ce sens, deux utilisatrices précisent à quel point il est important pour elles que le lieu préserve sa tranquillité ainsi que sa propreté : « *Je m'adresse aux consommateurs, il faut vraiment respecter le lieu parce qu'on en a besoin* ». Relevons également que les trois usagers ayant participé à un atelier d'injection se trouvent dans ce groupe. On peut supposer qu'un lien de confiance préétabli avec l'équipe et une sensibilisation préalable de celle-ci sur l'hygiène d'injection et la prévention des maladies transmissibles accompagnent plus aisément l'intérêt pour participer à cet atelier. De plus, deux usagers membres de l'équipe de ramassage de seringues, font également partie de ce groupe. Cette activité lie davantage les utilisateurs au Quai 9 et à ses valeurs, d'une part parce qu'ils ont un statut qui les rapproche du personnel du Quai 9, d'autre part parce qu'ils développent une responsabilité vis-à-vis du quartier, perçue positivement par ses habitants.

Voici à titre d'exemple le résumé de la journée précédente d'un usager : il a dû quitter l'Armée du Salut tôt le matin et est venu 'travailler' au Quai 9 le matin pendant deux heures (équipe de ramassage de seringues). Puis il s'est rendu à la gare afin de se procurer une dose d'héroïne. Il a ensuite retrouvé un copain, « *un copain de rue, un toxico* ». L'après-midi, il est retourné environ une heure au Quai 9 et le reste du temps il l'a passé dehors, à rechercher le complément de sa dose journalière. Le soir venu, il est retourné à l'Armée du Salut.

Pour 6 usagers, Quai 9 tient une place en tant que '**générateur de lien social**'. Ils viennent régulièrement au Quai 9, soit au moins deux fois par semaine. Un seul se trouve momentanément sans domicile fixe et deux usagers suivent un traitement de substitution. Pour ces utilisateurs, Quai 9 vient partiellement combler un manque relationnel et probablement affectif. Quatre d'entre eux évoquent clairement l'absence d'amis ou encore le fait que leur seul entourage est constitué d'autres personnes toxico-dépendantes. Deux usagers disent venir au Quai 9 pas forcément dans le but de s'injecter mais pour rechercher des échanges avec l'équipe ou d'autres consommateurs. Par ailleurs, une utilisatrice se trouve en situation de crise et est visiblement en quête d'un soutien ciblé, que l'équipe a reconnu. Elle raconte : « *Je me sens paumée, perdue, ce sont les seuls gens qui m'écoutent* ». Enfin, un usager physiquement très malade, manifeste un besoin accru d'échanger et regrette que le personnel ne soit pas davantage disponible pour discuter.

Voici l'exemple d'un utilisateur pour qui venir au Quai 9 « *le fait sortir de la maison* ». Il est divorcé, actuellement en demande d'AI et suit un traitement de substitution. Il dort tard le matin et prend ensuite un copieux petit déjeuner. Il aime jouer de la guitare, souvent seul. Sa venue au Quai 9 suit son passage à la gare « *On peut compter sur eux à n'importe quel moment, ils sont toujours ouverts* ».

Pour 4 usagers, Quai 9 est un lieu de '**première utilité**'. Ils s'y rendent pour les uns quotidiennement, pour les autres très irrégulièrement. Trois sont en traitement de substitution et un usager s'apprête à faire un sevrage et débiter une psychothérapie. Ces utilisateurs sont donc déjà suivis et leur lien avec Quai 9 en devient plus fonctionnel. Ils utilisent prioritairement Quai 9 pour la facilité de son accès et sa situation proche de la gare. L'apport de l'hygiène et la disponibilité du matériel sont ici essentiellement mis en avant « *J'ai entendu dire qu'il y avait un endroit où on pouvait garantir l'hygiène et la sécurité concernant le sida* ». Pour ces utilisateurs, les contacts de type soutien avec l'équipe ne sont pas recherchés, cependant les conseils reçus sur les pratiques d'injection sont appréciés. Enfin, pour un usager, par ailleurs sans domicile fixe, l'entrée dans la saison hivernale l'amène à s'injecter au Quai 9 depuis quelques semaines, alors qu'auparavant il y venait seulement pour se procurer du matériel stérile.

Afin d'illustrer ce groupe, voici le témoignage d'un utilisateur, en phase de commencer un sevrage : il a passé la plus grande partie de la journée avec son amie en vacances, non-consommatrice à qui il n'a pas dévoilé sa rechute depuis 2 ans. En fin d'après-midi il s'est rendu au Quai 9 afin de consommer, puis il est à nouveau rentré à leur domicile.

## Synthèse

L'analyse des questions 6 et 7 sur l'influence et la place du Quai 9 dans la vie sociale des usagers, fait apparaître que **Quai 9 offre des réponses différentes aux usagers en fonction de leur capacité à se mobiliser, à changer.**

Trois groupes d'usagers se profilent, ayant ou non le besoin de développer un lien social avec Quai 9. Pour le premier, Quai 9 tient une place importante dans la vie actuelle des usagers. Ils développent un **sentiment d'appartenance** au Quai 9. Ils y viennent depuis assez longtemps et ne suivent pas un traitement de substitution. Ils sont sans domicile fixe ou n'ont pas réellement un 'chez soi'. Ils bénéficient de plusieurs prestations au Quai 9 qui relèvent davantage d'une sphère privée et d'un point de repère central. Leur participation à l'atelier d'injection et/ou à l'équipe de ramassage de seringues les lie davantage aux valeurs du Quai 9.

Pour le deuxième groupe, Quai 9 tient une place en tant que **générateur de lien social**. Ils viennent régulièrement au Quai 9, sont en traitement ou non. Pour ces utilisateurs, l'équipe du Quai 9 vient combler un manque relationnel et probablement affectif. Pour le dernier groupe, Quai 9 est un lieu de **première utilité**. Ils s'y rendent quotidiennement ou irrégulièrement, la plupart sont déjà en traitement de substitution. Ils utilisent prioritairement Quai 9 pour la facilité de son accès et sa situation proche de la gare. L'apport de l'hygiène et la disponibilité du matériel sont ici essentiellement mis en avant.

## 5.8 CONCLUSION : QU'EST-CE QUI INFLUENCE LES USAGERS À CHANGER OU À NE PAS CHANGER DE COMPORTEMENT ? QUI SONT LES USAGERS QUI CHANGENT LEUR COMPORTEMENT ?

L'évaluation a montré le développement d'une **culture de l'hygiène d'injection** présente chez la majorité des utilisateurs du Quai 9. Elle s'explique certainement par le souci prioritaire de la transmission des messages de réduction des risques, en utilisant différents canaux complémentaires (règlement et communications de type préventif affichés, conseils individuels et rappels, groupes dont l'atelier d'injection). Cette évolution est très encourageante.

Il n'est pas nécessaire de différencier quels sont les moyens utilisés qui ont plus ou moins d'impact sur les différents usagers. On tient plutôt compte de l'influence positive de l'ensemble des messages de réduction des risques transmis au Quai 9. Pratiquement, c'est **la répétition des messages ainsi que leur cohérence** qui entraînent un changement de comportement chez les usagers.

Deux postes (celui d'accueillant à l'entrée et celui se situant dans la salle d'injection) représentent des positions clés du fait que les intervenants sont en contact avec tous les usagers entrant dans la structure. Ils sont donc garants pour que l'injection se déroule dans de bonnes conditions pour les usagers. Ces postes sont par ailleurs assez régulièrement surchargés. Dès lors, ils ne peuvent remplir en permanence la totalité de leur fonction (notamment à l'entrée, le repérage systématique des nouveaux-venus). Concernant les utilisateurs qui reviennent au Quai 9 après une période sans

consommation, un conseil spécifique devrait systématiquement leur être adressé. Des études<sup>47</sup> rapportent qu'une période de haut risque d'overdose suit la sortie de prison ou la fin d'une cure.

Dans les situations de surcharge, ces postes privilégient **des messages de réduction des risques transmis sous la forme de 'rappels'**. Cependant, ces rappels ne sont pas encore communiqués de façon systématique (par exemple en salle d'injection, désinfection et changement d'aiguille entre les injections, risques d'injecter dans des sites dangereux). De plus, il manque encore la transmission de messages courts et non personnalisés concernant **la prévention des risques sexuels** (le préservatif).

### Changements spécifiques de comportement

- **L'influence du Quai 9 sur la gestion de la consommation** : un groupe majoritaire d'utilisateurs n'est pas influencé par sa fréquentation de la structure. Deux autres groupes plus petits et de taille égale rapportent respectivement la diminution/stabilisation et l'augmentation de leur consommation. Concernant les raisons de l'augmentation de la consommation, le lien avec Quai 9 est partiel (promiscuité avec les autres usagers). Ce groupe d'utilisateurs pour qui la vulnérabilité vis-à-vis de la consommation augmente à un moment donné devrait pouvoir être repéré par l'équipe en fonction de différents paramètres (voir recommandations).

D'autres études en Suisse ont récolté des résultats semblables concernant l'influence des structures à bas seuil d'accessibilité sur la gestion de la consommation<sup>48</sup> (la non-influence représente le groupe le plus important, les deux autres groupes avec une influence positive ou négative sont plus petits et de taille équivalente). En cas de non-influence de la structure (groupe majoritaire), les variations de consommation sont attribuées à d'autres causes (produit disponible, état psychique, ressources financières, etc.). L'augmentation de la consommation est attribuée à la tentation à la vue d'autres personnes s'injectant, également au sentiment qu'il y a moins de barrières à l'injection.

- **L'attente pour entrer dans la salle d'injection** : elle est reconnue par les utilisateurs comme étant un exercice d'endurance comportant des avantages et elle est gérée au mieux par l'équipe. Le délai ne peut pourtant être systématiquement tenu par les usagers (état de manque) et l'injection a lieu parfois en dehors du Quai 9. Étant donné que de façon générale la plupart des usagers du Quai 9 s'injectent aussi bien au Quai 9 qu'en dehors (domicile, appartement, lieu public), Quai 9 ne peut être tenu responsable des injections qui se déroulent à l'extérieur suite à un délai d'attente qui ne peut être respecté par l'utilisateur. La sanction que donne l'équipe lorsqu'un usager est repéré en train de s'injecter à proximité de la structure permet au Quai 9 de se positionner vis-à-vis de l'utilisateur.

---

<sup>47</sup> Buster MC, Brussels GH, Brink WV. An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction* 2002;97:993-1001.

Seal KH., Kral AH. et al. Predictors and prevention of nonfatal overdose among street-recruited injection heroin users in the San Francisco Bay Area. *Am J Public Health* 2001;91:1842-6.

<sup>48</sup> Meier Kressig M, Nydegger Lory B, Schuhmacher C. Nutzen niederschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Schlussbericht der niederschwelligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zürich : Institut für Suchtforschung (ISF); 1996. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung).

Geense R. To have or to have not : that's the question : a qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997 (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).

Benninghof F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 : "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.

- **L'influence du Quai 9 sur le projet d'arrêter de consommer :** Quai 9 n'a pas d'influence négative sur les utilisateurs souhaitant commencer une démarche en vue d'arrêter leur consommation. L'équipe conseille et oriente les usagers désirant arrêter leur consommation (sevrage, traitement de substitution). Par ailleurs, une partie des utilisateurs venant au Quai 9 suit déjà un traitement de substitution et pour la majorité, leur médecin n'ignore pas leur consommation parallèle. Ainsi le médecin traitant, même s'il ne connaît probablement pas tout de la consommation parallèle de son client, est conscient de la problématique.

**Quai 9 offre des prestations qui tiennent compte des besoins et de la capacité des utilisateurs à se mobiliser.** Certains usagers (majoritairement en traitement) viennent avec la seule intention de s'injecter dans un lieu propre et sont satisfaits des conseils sur l'hygiène d'injection qu'ils reçoivent. D'autres, en quête d'un lien social, recherchent également des moments privilégiés avec l'équipe, afin d'échanger, se livrer ou demander un conseil (discussion informelle, groupes spécifiques). Enfin, les usagers réguliers qui investissent une palette de prestations du Quai 9 développent un sentiment d'appartenance aux valeurs du Quai 9.

## 6 QUELLES SONT LES LIMITES, C'EST-A-DIRE LES SITUATIONS POSANT PROBLEME POUR LES MEMBRES DE L'EQUIPE ?

### 6.1 INTRODUCTION

#### 6.1.1 La philosophie de l'accueil à bas-seuil telle que pratiquée au Quai 9

Il s'agit en premier lieu de permettre à des personnes s'injectant des drogues de rester en vie dans la dignité, en leur rendant accessible des mesures concrètes de réduction des risques, afin de limiter les conséquences négatives de leur dépendance. La confidentialité est garantie. L'accueil des usagers a lieu dans l'ici et maintenant et dans le non-jugement. Il n'y a pas de contrat thérapeutique ni de suivi. De plus, la rencontre avec les utilisateurs est favorisée sans être imposée. Ils sont considérés comme des partenaires responsables de leur choix de vie. Il leur appartient par conséquent de décider d'utiliser pour leur santé les prestations qu'offre Quai 9. Ces valeurs constituent le support avec lequel l'équipe entre en relation avec l'utilisateur.

Depuis son ouverture, Quai 9 dispose d'un règlement de la structure ainsi que de règles concernant la procédure d'utilisation de la salle d'injection<sup>49</sup>. Ils sont affichés dans l'espace accueil à l'attention des utilisateurs. L'accès au lieu d'accueil est réservé aux personnes consommatrices de drogues dures et les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection. Par ailleurs, le *deal* et la violence sont interdits à l'intérieur des locaux et dans le périmètre extérieur direct.

La procédure d'utilisation de la salle d'injection est décrite (comme se laver les mains, une seule injection par passage, respecter l'intimité de chacun et chacune, etc.) avec une énonciation de ce qui y est interdit (comme rester au-delà de 30 min., utiliser un point d'injection évalué dangereux par le professionnel présent, quitter la salle avec son matériel usagé et son coton, etc.). De plus, l'interdiction d'entrer en salle d'injection pour une certaine durée peut être prescrite à un utilisateur risquant par exemple de faire une overdose avec une injection supplémentaire, ayant un comportement perturbateur, nécessitant des soins, etc.

De plus, à l'attention des collaborateurs, un 'cadre de travail en salle d'injection'<sup>49</sup> expose des règles de fonctionnement de base, comme l'interdiction de laisser entrer une personne avec une seringue usagée, la possibilité d'imposer à un usager de couvrir une plaie ouverte ou de se faire soigner avant d'utiliser la salle, etc. Les modalités des sanctions sont également définies pour l'équipe<sup>49</sup>.

Par ailleurs, dans la salle d'injection un panneau illustré affiché au mur (depuis 2003) indique les points d'injection refusés au Quai 9 ainsi que les points considérés comme dangereux. Les raisons des aspects risqués de l'injection en ces points sont également mentionnées<sup>49</sup>. Les points d'injection interdits sont le visage, les parties génitales, l'injection dans le cou faite par un tiers. Les zones énoncées à risques sont le cou, les aisselles, les mains, les seins, l'aîne.

---

<sup>49</sup> Annexes 8.6.

### 6.1.2 Méthode utilisée

Afin de situer le contexte et ce qui motive l'étude de cette question d'évaluation, un rappel des 'situations limites'<sup>50</sup> observées par les évaluateurs en 2002 initie ce chapitre. Le point de vue du Quai 9 à fin 2002 concernant différentes problématiques limites complète l'introduction. Différents niveaux de 'regard éthique' sont ensuite amenés et éclairent la lecture des différentes problématiques rencontrées. L'analyse d'un questionnaire rempli par l'équipe<sup>51</sup> ainsi que des observations effectuées par l'UEPP et discutées lors d'un retour en réunion d'équipe permettent ensuite de décrire de façon détaillée les diverses situations limites rencontrées par l'équipe dans son travail quotidien ainsi que les réponses données par celle-ci.

Un outil d'analyse éthico-pratique des situations est ensuite présenté. Il a été proposé à l'équipe et 'testé' par celle-ci lors d'une séance organisée avec le médecin éthicien, auteur de la méthode<sup>52</sup>, et invité par l'UEPP.

### 6.1.3 Situation à fin 2002

Des situations de premières injections sont identifiées par le biais du questionnaire d'entrée et des entretiens avec des usagers. Ainsi on estime entre 4 et 12<sup>53</sup> (sur 736) le nombre d'usagers ayant effectué leur première injection au Quai 9. Pour deux des usagers interviewés, on sait que la durée antérieure de leur consommation s'élève respectivement à deux et 15 ans.

Lors des observations, il a été relevé que les injections dans des sites comme le cou ou l'aîne ne sont pas rares. De plus des utilisateurs viennent en salle d'injection avec des bras déjà pansés (abcès), et s'injectent encore dans des zones proches. Plus particulièrement, lors d'une observation pendant le moment femmes, une situation soulève un questionnement de l'UEPP sur la limite de l'accompagnement : une femme souffrant d'un abcès important au cou et présentant un état fébrile est dans un premier temps soignée et encouragée à se rendre à l'hôpital. Elle entend mais refuse, disant qu'elle s'y rendra avec son ami. Puis elle est malgré tout acceptée en salle d'injection.

Par ailleurs, le rapport mentionne que l'équipe ressent des difficultés en lien avec l'attitude à adopter en salle d'injection. L'estimation du danger réel que comporte l'injection dans certaines situations est difficile. Par exemple, être confronté à la recherche laborieuse du point d'injection amène l'intervenant à se demander où poser la limite de l'acte d'injection.

---

<sup>50</sup> Situations dépassant les limites d'une éthique institutionnelle, professionnelle ou personnelle et qui posent par conséquent question.

<sup>51</sup> Annexe 8.5.2 : le questionnaire rempli individuellement par les membres de l'équipe interroge sur les situations rencontrées leur posant problème d'un point de vue éthique/déontologique. Il leur est aussi demandé quels types de réponses ils ont donné dans ces diverses situations, ainsi que le point de vue et le positionnement de l'équipe sur ces problématiques.

<sup>52</sup> Il s'agit du Dr Benaroyo, spécialiste de l'éthique médicale et clinique à l'UNIL.

<sup>53</sup> Les usagers ayant un âge de première injection identique à leur âge actuel et aucune injection la veille. Par ailleurs, 4 usagers nous ont informé qu'il s'agissait de leur première injection.

L'opinion est parfois émise par l'équipe que poser trop de limites peut provoquer le départ d'usagers du lieu et que ce n'est pas la vocation d'une structure bas-seuil. Ainsi, accepter les situations difficiles permet de mieux préserver le lien.

La conclusion du 1<sup>er</sup> rapport de l'UEPP concernant cette problématique est la suivante : « Malgré l'existence d'un règlement, la nature même du travail et de la clientèle présente forcent les intervenants à devoir constamment imposer des limites et à les faire respecter ». La recommandation propose : « ... la réflexion sur le contenu de ces limites et la manière de les appliquer devrait se poursuivre au sein de l'équipe du Quai 9 ».

#### 6.1.4 Le point de vue du Quai 9 sur des situations limites à fin 2002

Le rapport d'activités du secteur réduction des risques<sup>54</sup> aborde différentes questions ayant trait à des situations limites au Quai 9.

La position du Quai 9 concernant la 1<sup>ère</sup> **injection** : « Faisant souvent partie d'un rituel initiatique, la première injection a parfois signifié l'utilisation de la seringue de la personne expérimentée. Dans ces conditions, en terme de réduction des risques, il vaut mieux que la personne utilise une seringue stérile dès la première injection. (...) Par ailleurs la première injection concerne généralement des personnes déjà dépendantes de ces produits. (...) Il nous semble préférable, sous réserve d'une bonne discussion avec la personne concernée, de permettre à une personne déterminée de faire cette injection à moindres risques ».

Le questionnement du Quai 9 sur **les comportements à risques en salle d'injection** : « Des usagers de drogues n'ont quasiment plus de veines aux bras, aux jambes ou dans les mains. La consommation compulsive de cocaïne amène certaines personnes à prendre de nouveaux risques en s'injectant dans des points très délicats, comme l'aine ou le cou. (...) Nos messages doivent par conséquent se modifier, s'adapter et s'affiner tout autant que notre positionnement professionnel face à ces nouveaux risques. Quelles sont nos limites en tant qu'intervenants, que pouvons-nous accepter ou refuser en tant que limites humaines pour le corps en souffrance ? »

Concernant **la prévention des abcès** : « Quai 9 ne prétend pas pouvoir éviter tous les abcès liés à l'injection. Son rôle consiste toutefois à favoriser une prise en compte rapide des situations, notamment en encourageant les personnes concernées à consulter, voire à se faire hospitaliser, avant que les conséquences ne deviennent trop dramatiques ».

Concernant **la prévention des overdoses** : « Il s'agit encore une fois d'un travail de réduction des risques qui se mène sur une corde raide : donner des conditions pour que des personnes puissent procéder à des injections à moindre risque, tout en se permettant en certaines situations de limiter cette consommation. En effet lorsqu'une personne se met en danger (signes précurseurs d'agitation importante ou au contraire 'piquage du nez', mélange de produits), nous nous permettons de négocier avec la personne, voire de lui interdire momentanément l'accès à la salle d'injection (...). Chaque collaborateur est formé à la reconnaissance des situations problématiques, à l'appel des secours et à la réanimation cardio-respiratoire ».

L'une des **questions amenée dans la conclusion** du rapport d'activité du Quai 9 est la suivante : « Comment peut-on encore améliorer la gestion de certaines situations limites par rapport à nos

---

<sup>54</sup> GSG, secteur réduction des risques, Rapport d'activités 2002.

objectifs de réduction des risques ? Jusqu'où doit aller la réduction des risques et jusqu'où doit-on aller dans l'accompagnement des situations rencontrées ?

### 6.1.5 Les niveaux de questionnement éthique

Avant de décrire les différents niveaux éthiques, une définition de ce qu'est l'éthique s'impose. Selon le médecin éthicien, l'éthique intervient lorsqu'on recherche quelle est la meilleure action possible dans une situation donnée. En cas de conflit, on réfléchit sur le sens de l'aspect normatif d'un comportement. Ainsi, la morale (ce qui est déjà dans la loi, le normatif) précède le questionnement sur le sens de cette morale dans des situations concrètes (le questionnement éthique). L'éthique se situe toujours dans un cadre donné, elle n'est pas universelle. Elle tient compte par exemple des valeurs culturelles ou de société.

Quai 9 tient compte de trois niveaux éthiques, qui sont autant de grilles de lecture des enjeux que les situations limites amènent.

1. **Le niveau éthique institutionnel** : il s'agit de la philosophie bas-seuil du Quai 9, qui suit le modèle de réduction des risques (décrit plus haut) et comprenant les 5 objectifs généraux de la structure.

Exemple de situation questionnant ce niveau : la difficulté des usagers à se mobiliser dans les groupes (collectif, moment femmes). La philosophie bas-seuil implique que Quai 9 reçoit les utilisateurs sans engagement, sans contrat ni suivi et part du principe que les usagers sont des partenaires libres de leurs choix. Par conséquent, même s'il est difficile pour l'équipe de préserver la dynamique des groupes, elle ne peut pousser les usagers à s'engager davantage. Il pourrait s'agir ici pour les intervenants d'un conflit entre l'éthique institutionnelle et leur éthique professionnelle.

2. **Le niveau éthique professionnel** : il s'agit de la déontologie développée dans le cadre d'une profession (médecin, infirmier, travailleur social) et qui constitue un cadre de référence.

Exemples de situations questionnant ce niveau : le fait, pour les infirmières de l'équipe d'être continuellement exposées à des injections qui ne sont pas faites dans les règles de l'art, ou de voir des personnes mettre leur vie en danger (question de la non-assistance).

3. **Le niveau éthique personnel** : il s'agit d'une ligne de conduite que s'est forgé l'intervenant au cours de sa vie (issue de son éducation, de ses expériences personnelles et professionnelles).

Exemple de situation questionnant ce niveau : le fait pour l'intervenant d'assister à un comportement qu'il estime automutilatoire<sup>55</sup> dans la salle d'injection le renvoie à ses limites professionnelles, mais également aux frontières de ce qu'il peut supporter personnellement. Il est important qu'il en fasse mention à l'utilisateur afin que celui-ci puisse à nouveau prendre conscience de son comportement auto-destructeur et peut-être apprendre à se préserver. Une sanction consistant à refuser l'accès à la salle d'injection

---

<sup>55</sup> L'utilisateur se blesse volontairement alors qu'il cherche à s'injecter de façon compulsive ou encore parce qu'il est sujet à une hallucination : par exemple, le fait d'effectuer une injection laborieuse, douloureuse qui dure longtemps et qui provoque à terme la détérioration d'une veine, ou encore le fait de se gratter avec une aiguille en conséquence d'hallucinations visuelles ou tactiles liées à la prise de cocaïne.

pour le reste de la journée peut être prescrite. Par moments, l'éthique personnelle prime par rapport au cadre plus souple du bas-seuil qui prône la préférence pour une injection dans un lieu propre plutôt que dehors.

## 6.2 LES SITUATIONS LIMITES DÉCRITES PAR L'ÉQUIPE ET LES RÉPONSES APPORTÉES

### 6.2.1 L'accompagnement dans les étapes d'injection (cité 7 x et discuté en réunion d'équipe)

Cette problématique est en lien avec celle du nouvel injecteur pour une partie des usagers concernés, ou concerne des usagers habituellement accompagnés par un autre usager qui effectue l'injection pour eux. Il s'agit de situations rencontrées où l'utilisateur ne sait visiblement pas préparer sa substance et/ou il ne sait visiblement pas procéder à l'injection de la substance.

Ce questionnement est amené fréquemment par les membres de l'équipe car il est aussi en lien avec l'expérience vécue d'un collègue qui est intervenu une fois dans la préparation de la substance à injecter d'un usager. Cette expérience a fait 'jurisprudence' et l'équipe s'est clairement positionnée dans le refus d'accompagner l'utilisateur dans les étapes d'injection. Par ailleurs, un intervenant se positionne dans le sens d'essayer de limiter la salle d'injection pour ces personnes et de leur proposer d'autres moyens (par exemple de fumer la substance), après évaluation de la situation. Un autre intervenant prend plutôt en considération le mode d'injection choisi par l'utilisateur et propose d'orienter l'utilisateur vers l'atelier d'injection.

Un intervenant se demande par ailleurs : « *Comment en arrivons-nous à vouloir aider l'utilisateur ?* » Un autre intervenant va plus loin dans le questionnement : « *Jusqu'où aller ? L'accompagnement permettrait de limiter les risques d'abcès* ».

Une autre situation se rapporte aussi à la thématique de l'accompagnement dans les étapes d'injection ; il s'agit du garrot manuel par l'intervenant sur le bras de l'utilisateur au-dessus du point d'injection. Cette action a été observée par l'UEPP et a été discutée avec l'équipe, qui considère également qu'il s'agit d'une situation limite. L'intervenant propose de faire un 'garrot manuel' à l'utilisateur visiblement en difficulté pour trouver sa veine.

Une partie seulement de l'équipe effectue ce geste, certains ne le font que très occasionnellement, lorsque la salle d'injection est peu fréquentée. Pour certains intervenants, ce geste permet d'éviter la recherche laborieuse de la veine et plusieurs piqûres. D'autres intervenants se refusent à effectuer ce geste car il implique une trop grande proximité physique. L'équipe précise que le garrot manuel n'est pas une incitation à l'injection mais correspond à une démarche participative du personnel. L'un des buts est d'encourager l'utilisateur à s'acheter un garrot. La plupart sont d'accord avec le fait qu'il s'agit d'une prise de risque pour l'intervenant (risque de se faire piquer). Ce geste n'est donc pas encouragé à être répété entre usagers en dehors de la structure. Dans ce sens, au lieu de pratiquer un garrot manuel, des intervenants conseillent de plus en plus souvent les usagers en difficulté sur la façon d'entrer dans la veine.

#### **Santé dégradée sans volonté de se soigner (cité 6x)**

Ce questionnement est issu de situations rencontrées avec des usagers souffrant d'abcès à répétition ou multiples, d'un état physique dégradé, d'infections qui les affaiblissent et qui se contentent des

soins réduits proposés par Quai 9 dans la salle de soins (désinfection de la plaie/abcès, pansement)<sup>56</sup>. Le relais vers un médecin ou l'hôpital est refusé par les usagers, ou simplement ils 'ne réussissent' pas à s'y rendre, ou encore les usagers ne pensent qu'à poursuivre leur consommation.

La discussion en équipe a permis de définir une réponse commune qui est la suivante : Quai 9 n'est pas un lieu de traitement des usagers mais propose des soins d'appoint (en cohérence avec le statut 'bas-seuil' de la structure). Continuer à rendre attentif les usagers aux risques qu'ils prennent lorsqu'ils ne sont pas réellement pris en charge. De plus une sanction peut être posée dans le but de responsabiliser l'utilisateur vis-à-vis de sa propre santé. Cette 'sanction' consiste à refuser à l'utilisateur son ticket pour la salle d'injection tant qu'il ne présente pas la preuve écrite<sup>57</sup> qu'il est suivi médicalement.

Un intervenant souhaiterait pour sa part que Quai 9 propose davantage de soins afin de répondre sur place aux besoins des usagers concernés.

### 6.2.2 Les nouveaux/jeunes injecteurs (cité 3x)

Il s'agit de consommateurs qui ont l'intention de débiter un nouveau mode de consommation, à savoir l'injection, au Quai 9. Ou alors, il s'agit de consommateurs qui ont récemment débuté l'injection. Parfois le nouvel injecteur vient au Quai 9 accompagné d'un 'ancien', ce qui peut court-circuiter les mises en garde de l'équipe.

Les deux intervenants qui s'interrogent sur cette problématique ne font pas part d'une décision d'équipe consensuelle. Le premier formule la question suivante : « *Faut-il les persuader de passer<sup>58</sup> à un autre mode de consommation ? Si oui, comment ?* » Il propose de prendre à témoin des usagers qui eux-mêmes pourraient renvoyer des 'choses' à leurs pairs. Le second ne sait quelle réponse offrir dans ce cas de figure.

Quai 9 se positionne en décourageant la première injection lors d'un entretien avec le consommateur, mais si celui-ci est déterminé, l'entrée dans la salle d'injection n'est pas empêchée et est précédée par une discussion sur les différents risques encourus. La problématique du jeune injecteur a été spécifiquement discutée à titre d'exemple de situation limite lors d'une réunion d'équipe avec un médecin éthicien (et l'UEPP). Cette discussion a permis à l'équipe de poursuivre sa réflexion autour de cette question (voir plus loin).

En lien avec cette problématique, 'la discrimination des non-injecteurs' au Quai 9 est amenée par un intervenant. Pour cet intervenant, limiter l'accès pour ces personnes consommatrices de drogues consiste à ne pas reconnaître leurs difficultés. Cependant, Quai 9 est attentif à la situation des consommateurs non-injecteurs. Ceux-ci sont tolérés dans l'espace accueil pour un temps limité. L'objectif sous-jacent est le souhait que l'utilisateur ne soit pas confronté de trop près aux 'injecteurs' venant au Quai 9, ce qui pourrait susciter le désir de faire de même. Par ailleurs, l'intérêt des consommateurs pour une salle d'inhalation est recueilli par la structure.

---

<sup>56</sup> Le médecin (lors des permanences au Quai 9) est le seul habilité à faire des incisions quand il s'agit d'un abcès. Par ailleurs la prescription de médicaments par le médecin est rare.

<sup>57</sup> Certificat médical ou lettre du médecin.

<sup>58</sup> Ou de rester sans injection (note des évaluateurs).

### 6.2.3 Le non-accès aux mineurs (cité 3 x)

Quai 9 stipule dans son règlement (affiché dans l'espace accueil) que 'les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection'. Il arrive parfois que des mineurs entrent dans la structure et ne s'annoncent pas forcément en tant que tels. Que dire aux mineurs qui sont déjà des injecteurs ? L'avis d'un intervenant est que : « ... *ne pas permettre aux mineurs injecteurs d'utiliser le lieu va à l'encontre du message de réduction des risques* ». Pour un autre intervenant l'attitude du Quai 9 vis-à-vis de ces cas est claire, mais parfois difficile à appliquer.

Quai 9 se situe comme suit : les intervenants doivent demander à une personne pour laquelle ils ont un doute sur l'âge, de prouver qu'elle est majeure. Quand un mineur est repéré dans l'espace accueil, un entretien ainsi que le relais vers d'autres structures lui est proposé. L'entretien a lieu si possible dans les bureaux administratifs (étage supérieur de la structure). Par ailleurs, on enjoint le mineur à quitter le lieu.

### 6.2.4 L'accueil de femmes enceintes (cité 3 x et discuté en réunion d'équipe)

Les femmes enceintes consommatrices sont accueillies au Quai 9 comme les autres consommateurs. Ces situations touchent d'abord l'éthique personnelle des membres de l'équipe. Un intervenant dit tenter de renvoyer à l'utilisatrice sa consommation et la responsabilité de son choix par rapport à l'enfant à venir. Par ailleurs, maintenir un lien spécifique avec ces consommatrices lui paraît primordial. Un autre intervenant évoque son questionnement quant à la remise d'un ticket à une femme qui est déjà passée plusieurs fois en salle d'injection dans la même journée.

Ce genre de situation est discutée lors des *debriefing* de l'équipe en fin de journée ainsi qu'avec le médecin de permanence au Quai 9. Par conséquent, la position actuelle du Quai 9 est de ne pas poser de limite particulière aux femmes enceintes, en accord avec le cadre 'réduction des risques'. Le risque de sur-consommation est rappelée et l'interdiction de l'accès dans la salle d'injection est posée quand cela devient nécessaire, comme pour les autres consommateurs.

### 6.2.5 L'acharnement à l'injection / l'automutilation (cité 2x et discuté en réunion d'équipe)

L'acharnement à l'injection est souvent en lien avec un état veineux de l'utilisateur altéré par des mois/années d'injection. De plus, des usagers ont à l'origine des veines très fines, récalcitrantes à l'injection. L'acharnement à l'injection consiste à piquer à plusieurs reprises dans le même point ou en plusieurs points en recherchant laborieusement l'entrée dans la veine. Par ailleurs, dans certains cas relevés par l'équipe, les effets secondaires de l'injection à la cocaïne, probablement liés à une hallucination visuelle ou tactile, provoquent un comportement automutilatoire avec la seringue (grattage post-injection).

Pour les femmes (également enceintes), l'automutilation concerne aussi l'injection à répétition dans les seins. Cette zone est considérée comme dangereuse pour l'injection par Quai 9 (à cause du risque d'abcès profonds difficilement détectables) et est déconseillée. Cependant, après discussion avec le médecin de permanence, une injection unique dans cette zone est tolérée à condition que cela évite l'acharnement à l'injection en d'autres points où les veines sont moins accessibles.

Concernant l'automutilation, un intervenant dit essayer dans un premier temps de négocier avec la personne l'arrêt de l'automutilation ou que celle-ci termine son injection et ne revienne plus en

salle d'injection pour le reste de la journée. Dans un second temps, il essaie de négocier son acceptation de se rendre chez un médecin pour se faire aider. D'autres intervenants manifestent l'aspect insoutenable de ce comportement par une forte réaction (effet miroir), parfois répercutée par d'autres usagers témoins de la scène, et demandent l'arrêt de ce comportement.

L'équipe se positionne ainsi : la présence dans la salle d'injection n'est pas acceptée au-delà de la demi-heure prévue par le règlement. Si la personne excède le temps imparti, l'intervenant peut refuser l'accès à la salle d'injection pour le reste de la journée.

Par ailleurs, une intervenante se dit démunie face aux comportements d'automutilation et demande à acquérir davantage de compétences afin d'y faire face, proposition retenue par les responsables de la structure. La responsable ajoute qu'il est parfois difficile de réagir sur le moment, mais que ceci peut toujours être repris en colloque (réunion d'équipe).

#### 6.2.6 Le non-investissement des usagers dans les groupes (cité 2x)

Face à la difficulté de susciter l'investissement des usagers dans les groupes (collectif, moment femmes), il apparaît important pour un intervenant de se resituer dans le contexte bas-seuil du Quai 9. Il s'agit donc de : «... *rester dans la proposition, de ne pas pousser à la participation mais susciter l'engagement* ».

En lien avec cette question, il existe dans le collectif la difficulté de maintenir les actions et projets dans la continuité. De plus, pour un intervenant : «... *le produit inhibe le sentiment d'amitié, d'entraide et de respect entre les utilisateurs* ». Construire avec les usagers un collectif comportant de petits objectifs sur une courte durée, ou encore différer un projet jusqu'au moment où les usagers sont à nouveau demandeurs et porteurs du projet sont des réponses amenées par les intervenants.

#### 6.2.7 Les moyens limités pour le relais (cité 2x)

Cette problématique concerne les utilisateurs sans domicile fixe qui sont par ailleurs dans une situation sociale délicate, les personnes présentant un trouble psychique important et d'autres situations qui amènent les intervenants au bout des ressources mises à disposition au Quai 9 concernant le relais. Comme pour le point cité plus haut – santé dégradée sans volonté de se soigner – ces situations sont en lien avec une mobilisation difficile à susciter chez l'utilisateur.

Un intervenant se demande quel type de collaboration pourrait être possible avec le réseau socio-sanitaire, afin de vraiment aider l'utilisateur à investir un suivi offert par d'autres institutions. Comment créer des passerelles ? La présence de collaborateurs d'institutions comme Entracte au Quai 9 depuis octobre 2003 est une première réponse (voir chapitre 5.5.1).

#### 6.2.8 Les usagers parents (cité 2x)

Concernant des utilisateurs évoquant leur rôle de parents, ou encore une mère entrant dans l'espace accueil avec son enfant, un intervenant s'interroge – au-delà du relais possible<sup>59</sup> – sur la manière

---

<sup>59</sup> En accord avec Quai 9, une garderie se situant dans le quartier des Grottes, Zone Bleue, reçoit les enfants de parents toxicomanes qui se rendent au Quai 9.

d'aborder cette problématique avec eux tout en gardant une attitude non-jugeante : « *Que pouvons-nous offrir comme prestation à ces parents et à leur questionnement ?* »

### 6.2.9 Intervenants non-infirmiers : compétence en soins limitée (cité 2x)

Deux intervenants ayant une formation de travailleur social<sup>60</sup> sont soucieux de toujours effectuer des soins corrects en salle de soins<sup>61</sup>. Dans les cas de doutes, le soutien ou le relais des collègues infirmiers est sollicité. Sinon, les soins prodigués le sont dans la limite de leurs compétences.

### 6.2.10 Autres situations limites (citées 1x)

Concernant les situations rencontrées en salle d'injection citons : la non-connaissance du produit injecté, les effets indésirables du produit consommé, la non-intégration de gestes réducteurs de risques, malgré les recommandations de l'intervenant.

Concernant les soins prodigués en salle de soins, la possibilité qu'un utilisateur du sexe masculin se déshabille renvoie une intervenante à une limite personnelle. Enfin, dans l'espace accueil un intervenant dit se situer régulièrement 'sur le fil du rasoir' quant à cadrer un entretien, afin qu'il ne devienne pas 'un entretien thérapeutique'.

Enfin, deux intervenants relèvent des situations d'objets volés offerts en cadeau ou d'agressivité de la part de certains usagers. Alors que ce type de comportements est clairement interdit par le règlement du Quai 9, on peut se demander pourquoi ils sont considérés comme des situations limites avec lesquelles il semble difficile de négocier pour ces intervenants.

### 6.2.11 Les situations limites discutées en équipe

Les colloques, la supervision ainsi que les *debriefings* en fin de journée sont l'occasion pour l'équipe d'échanger parfois de façon vive autour des situations vécues, « *touchantes, choquantes, déstabilisantes* ». Les collègues se questionnent mutuellement sur leur pratique : « *... la divergence des opinions permet d'enrichir les éléments de réponse* ». L'identification des besoins des usagers prime sur ceux de l'équipe, selon un intervenant. De façon générale, les intervenants relèvent l'importance du cadre institutionnel, qui constitue la base de leur réflexion. Les discussions commencent quand les autres niveaux éthiques sont impliqués, ce qui entraîne momentanément un flou quant à la décision juste à prendre. Au départ : « *... il y a autant de points de vue que de collègues, en même temps, nous allons tous dans la même direction et ceux qui ne s'accordent pas, se rallient à l'ensemble finalement* ». L'expérience et l'histoire du Quai 9 montrent que l'équipe travaille dans un esprit consensuel, malgré les approches différentes. Lorsque le consensus n'est pas obtenu, une décision est quand même prise par l'équipe.

---

<sup>60</sup> Les 12 postes sont occupés par des infirmiers et des travailleurs sociaux.

<sup>61</sup> Précisons que tous ont reçu une formation sur les premiers soins à donner.

## 6.3 UN MODÈLE D'ANALYSE ÉTHIQUE DES SITUATIONS LIMITES

Une méthode d'analyse éthico-pratique a été présentée lors d'une réunion avec l'équipe du Quai 9 par un médecin éthicien invité par l'UEPP. L'objectif de cette rencontre était de présenter un outil de travail pouvant permettre la recherche commune d'une solution à une situation donnée et qui paraît la plus juste à l'ensemble du groupe. L'éthicien a proposé à l'équipe de réaliser l'exercice en utilisant l'exemple d'une situation lui posant question actuellement. La vignette d'une situation a été préparée par l'équipe au préalable, il s'agissait de la thématique des jeunes injecteurs.

La méthode suit un processus en 8 points<sup>62</sup> :

1. Quelles est la problématique éthico-pratique soulevée ?
2. Identifier les données individuelles et contextuelles de l'utilisateur connues par l'intervenant.
3. Identifier les responsabilités des intervenants dans le processus d'accompagnement.
4. Identifier les diverses valeurs considérées par chaque membre de l'équipe de la situation comme essentielles pour aboutir à une issue favorable.
5. Identifier les conflits de valeurs survenant dans cette situation.
6. Identifier les approches alternatives pour résoudre les conflits éthiques mis en lumière.
7. Choisir l'option qui permet de manière consensuelle de réaliser les objectifs du Quai 9.
8. Donner une justification rationnelle de ce choix.

L'équipe s'est volontiers prêtée à l'exercice proposé et est rapidement entrée dans le vif du sujet avec la supervision du médecin éthicien. A l'issue du processus, le médecin a constaté que l'équipe du Quai 9 dispose d'un bon espace ainsi que de bons outils de réflexion autour des questions éthiques. De plus l'équipe sait reconnaître les différentes limites auxquelles elle est confrontée. Par conséquent, cette configuration est tout à fait favorable pour un tel processus de décision en équipe.

### Synthèse

Dans le cadre de la philosophie bas-seuil que développe Quai 9, des situations limites apparaissent régulièrement et confrontent l'équipe à un questionnement éthique, qu'il soit lié à la démarche de réduction des risques du Quai 9, à la déontologie professionnelle des différents intervenants ou encore à leur éthique personnelle. Ces différentes situations, pour lesquelles la réflexion se poursuit déjà depuis 2002, sont les suivantes :

- l'accompagnement dans les étapes d'injection (situations où l'utilisateur ne sait pas préparer son produit ou ne sait pas l'injecter),
- la santé dégradée des usagers sans volonté de se soigner,
- les nouveaux/jeunes injecteurs,
- le nonaccès de la structure aux mineurs,
- l'accueil de femmes enceintes,
- l'acharnement à l'injection/l'automutilation,

<sup>62</sup> L. Benaroyo, octobre 2002, adapté au travail bas-seuil par l'UEPP, novembre 2003. Instrument initialement utilisé avec des médecins pour des situations cliniques.

- le non-investissement des usagers dans les groupes,
- les moyens limités pour le relais,
- les usagers parents,
- la compétence limitée en soins des intervenants non-infirmiers.

De façon générale, l'équipe se donne l'espace et le temps pour discuter et réfléchir quant à son positionnement dans ces différentes situations. Chaque intervenant amène son point de vue et la problématique est ainsi enrichie. Malgré les approches et sensibilités professionnelles différentes, l'équipe travaille dans un esprit consensuel. Les questions déjà discutées réapparaissent néanmoins régulièrement.

Un médecin éthicien invité par l'UEPP a présenté un modèle d'analyse de problématiques éthiques lors d'une réunion avec l'équipe. Celle-ci a reçu positivement cette approche, qui a été découverte avec l'apport d'une situation limite que rencontre l'équipe.

## 6.4 CONCLUSION

L'équipe du Quai 9 se sent très concernée par les situations limites qu'elle rencontre au quotidien et consacre du temps pour y réfléchir et trouver une ligne de conduite consensuelle et éthique adaptée aux situations. Les limites d'intervention dépendent des trois niveaux éthiques auxquels se réfère Quai 9, mais la référence de base est la philosophie bas-seuil du Quai 9 et le règlement qui en découle. Le règlement se situe sur deux plans, les conditions d'accès à la structure et la procédure d'utilisation du lieu.

Les limites d'intervention sont relatives. Une étude<sup>63</sup> décrit les règles de base des structures en Europe et dans le monde, qui ne sont pas forcément analogues à celles du Quai 9. Les critères généraux pour l'accès dans les structures sont : être âgé de plus de 18 ans, être dépendant de l'héroïne ou de la cocaïne. Les personnes dépendantes 'non-injecteurs' qui veulent effectuer leur première injection sont également souvent exclues. Sur la base d'évaluations individuelles, des jeunes de 16-17 ans sont admis dans quelques structures. L'admission des clients déjà en traitement de substitution varie (non-admission dans la majorité des structures en Allemagne). Dans quelques structures, les femmes enceintes sont exclues (Sydney), ailleurs elles reçoivent des conseils spécifiques (Zürich). Dans trois pays dont la Suisse, plusieurs locaux d'injection restreignent l'accès à des personnes non-domiciliées dans la région.

Concernant les règles de fonctionnement que l'on trouve dans les structures, sont mentionnés l'interdiction de l'aide à l'injection, le *deal*, les comportements agressifs et la consommation d'alcool, le partage de produit entre usagers ainsi que l'entraide entre usagers pour l'injection ; les exigences concernant l'hygiène de base et les procédures d'injection sont également courantes. Des règles additionnelles différentes ou plus strictes permettent également d'assurer le fonctionnement des locaux d'injection. Il s'agit par exemple de l'interdiction de consommer des cocktails de drogues incluant des médicaments/comprimés ou l'injection dans le cou ou l'aîne.

---

<sup>63</sup> Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Luxembourg : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004.

Aux Pays-Bas en particulier<sup>63</sup>, il est usuel pour les clients de signer un ‘contrat d'utilisateur’ qui les oblige à respecter certaines obligations, comme suivre des contrôles réguliers de santé, participer à une formation sur l'hygiène d'injection, ne pas s'attarder près du local d'injection. Cette ‘carte d'utilisateur’ peut être retirée si le client n'en remplit pas les conditions.

Dans la littérature, le questionnement éthique autour des situations limites se situe au même niveau que celui du Quai 9. Un auteur<sup>64</sup> se demande s'il devrait être prohibé de choisir certains mélanges de produit, doses ou sites d'injection du fait qu'ils sont dangereux. Il s'interroge également sur les questions de responsabilité juridique (en cas de décès par exemple).

Mais la question est de proposer un règlement qui va dans le sens d'une réduction des risques efficiente et cohérente, afin que des habitudes sûres soient apprises et se répandent à l'extérieur des locaux d'injection, sans pour autant qu'il empêche les usagers particulièrement à risques de venir. Il s'agit de trouver l'équilibre entre les besoins des clients et une activité de réduction des risques de qualité.

Une étude australienne<sup>65</sup> rapporte qu'un ensemble de règles pouvant régir le fonctionnement d'un local d'injection a été proposé à des consommateurs et leurs réactions ont été recueillies. Ils n'apparaissent pas découragés à l'idée de fréquenter un local d'injection proposant les règles suivantes : lavage des mains obligatoire (96%), supervision rapprochée de l'équipe (82%), interdiction d'injecter des comprimés (87%), interdiction d'effectuer une injection à un autre consommateur (71%), interdiction de partager le produit (*deal splitting*) (55%). Concernant cette dernière règle une autre étude rapporte qu'elle apparaît non applicable pour beaucoup d'utilisateurs. De façon générale, les consommateurs acceptent ces règles parce qu'ils peuvent clairement identifier le potentiel des bénéfices en terme de santé et de sécurité pour eux-mêmes et la communauté des consommateurs.

Dès lors, la continuation de la réflexion autour des problématiques limites au Quai 9 est nécessaire et essentielle, afin de contribuer à diminuer les dangers et les risques qui jalonnent le parcours des consommateurs par injection.

---

<sup>64</sup> Strang J, Forston R. Supervised fixing rooms, supervised injectable maintenance clinics: understanding the difference. *BMJ* 2004;328:102-3.

<sup>65</sup> Fry CL. Injecting drug user attitudes toward rules for supervised injecting rooms : implications for uptake. *Intern J Drug Policy* 2002;13:471-6.

## 7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES

En préambule, il faut se rappeler que l'évaluation fait suite à une première phase, en 2002, ayant abouti à des conclusions qui soulignaient le bon fonctionnement du Quai 9 et le professionnalisme de l'équipe. Les présentes conclusions doivent se lire dans cette continuité. Elles portent un regard plus détaillé et critique sur certains aspects des activités du Quai 9, la bonne qualité de l'ensemble doit être soulignée.

Ces conclusions sont présentées par thèmes. Chaque thème est considéré comme un tout, l'ensemble des recommandations se rapportant à l'ensemble des conclusions.

### Conclusions

### Recommandations

#### 1. Volume d'activités

■ Durant l'année 2003, Quai 9 a continué d'accueillir de nouveaux usagers à un rythme stable (environ 1 par jour). Cette clientèle est toujours principalement genevoise, mais comprend une proportion plus élevée de personnes habitant hors du canton. Il s'agit probablement plus d'un effet d'écrémage de la population toxicomane de Genève que de l'attraction de personnes de l'extérieur : en chiffre absolu, ces dernières sont moins nombreuses qu'en 2002. On trouve un peu plus de 20-24 ans chez les nouveaux arrivants et un peu moins de personnes en traitement.

■ Le nombre d'injections faites au Quai 9 et celui des seringues distribuées à Genève (Quai 9 et BIPS) ont augmenté. La proportion d'injections faites au Quai 9 par rapport aux seringues distribuées à Genève<sup>66</sup> (1/7) est cependant restée la même. La grande majorité des injections n'est donc pas faite au Quai 9 ; toutefois beaucoup de gens utilisent Quai 9, même épisodiquement.

■ La structure fonctionne aux limites de sa capacité pour ce qui concerne l'accueil et la salle d'injection, en particulier pendant l'après-midi.

■ Malgré cette charge importante, l'équipe montre une exigence de qualité et une cohésion exemplaires.

■ Quai 9 a trouvé sa place dans le dispositif socio-sanitaire.

■ Il faudrait envisager la possibilité d'ouvrir des places supplémentaires à certains moments de la journée, avec un renforcement de l'équipe aux heures de grande affluence. L'élargissement des heures d'ouverture ne paraît pas être une solution à la surcharge qui se produit ponctuellement et hors des heures de début et de fin d'ouverture.

■ Dans la mesure où les injections faites au Quai 9 ne représentent qu'une minorité (stable) des injections faites avec les seringues remises à Genève, toute réflexion sur l'extension possible des activités du Quai 9 ne devrait pas se faire dans une perspective quantitative mais qualitative. Il ne s'agit pas d'augmenter la proportion d'injections faites au Quai 9, ce qui serait illusoire et sans grand sens, mais bien d'augmenter la qualité :

- de l'ensemble des injections faites au Quai 9 et à l'extérieur par la répétition de pratiques sûres ;
- des conditions d'injection et d'accueil pour les personnes particulièrement marginalisées.

■ L'augmentation de la qualité de l'ensemble des injections passe par l'exemplarité de ce qui se fait au Quai 9. Il s'agit d'aider les usagers à acquérir des routines de réduction des risques (désinfection de la peau, évitement des projections de sang et nettoyage après l'injection,

<sup>66</sup> Dans les structures à bas seuil : Quai 9 et BIPS.

technique d'injection, calme, sensibilisation à l'usage de préservatifs, etc.). L'acquisition de normes d'injections plus sûres est susceptible de se répandre dans la communauté par l'exemple de ceux qui passent au Quai 9.

- Cette revendication de la qualité implique d'être encore plus systématique dans les rappels des consignes et des dangers ou dans les avertissements quand un geste n'est pas fait de façon appropriée en salle d'injection. Ces rappels peuvent être faits à haute voix, ils ont alors une visée préventive générale et une fonction de réaffirmation de la qualité.
- Il faudrait réfléchir à la possibilité d'avoir des places pour l'inhalation comme alternative (au moins temporaire) crédible à l'injection pour les personnes ayant une expérience d'injection<sup>67</sup> et qui prennent des risques importants (mauvaises veines, abcès, points d'injection dangereux).

## 2. Types d'usagers/d'usages de la structure

■ Le nombre d'injections faites au Quai 9 se répartit de façon très inégale : en 2002, on estime qu'environ un quart des personnes ne sont venues qu'un jour et que les trois quarts des injections au Quai 9 ont été effectuées par moins de 20% des consommateurs enregistrés.

■ Les manières d'utiliser la structure sont aussi très variées, qu'il s'agisse :

- du motif principal de la visite ;
- de la fréquence des visites ;
- du nombre d'injections faites au Quai 9 par rapport à celles faites ailleurs ;
- des substances consommées y compris celles des traitements en cours ;
- de l'importance du Quai 9 dans la vie quotidienne de l'utilisateur.

■ Aux extrêmes on trouve :

- des personnes qui passent au Quai 9 pour se faire une injection de temps en temps ; pour ces personnes l'aspect 'exemplaire' du Quai 9 est important ;

■ Il faudrait avoir une approche plus différenciée selon les types d'usagers et les divers usages de la structure.

- Le renforcement de l'exigence générale de qualité dans les domaines liés à la réduction des risques s'adresse en particulier à ceux qui ont une approche opportuniste du Quai 9, qui y viennent plus rarement et restent peu : la probabilité d'augmenter la sécurité de leurs injections en général et de leur comportement sexuel est sûrement plus grande que le risque de les éloigner du Quai 9 par des règles qu'ils jugeraient trop strictes.

- Il faut réfléchir à une manière de 'prise en charge informelle', sous la forme d'une attention particulière et individuelle aux personnes qui ont des profils particuliers, associés à des besoins évidents. Il s'agit de repérer plus systématiquement des situations / personnes à haut risque du point de vue social ou sanitaire et de leur offrir un appui sans se substituer à d'autres intervenants.

<sup>67</sup> Nous ne nous prononçons pas ici sur des places d'inhalation pour des non-injecteurs, notre mandat ne couvrant pas du tout cet aspect de la dépendance.

## Conclusions

■ des personnes pour qui Quai 9 et les personnes qui y travaillent font partie intégrante de leur vie quotidienne ; chez ces usagers d'autres aspects de l'offre du Quai 9 sont primordiaux (accueil, écoute, reconstruction du lien social, conseils santé, etc.). Pour ces dernières, la disponibilité et l'écoute offertes par l'équipe sont particulièrement appréciées.

## Recommandations

- Le moment du contact initial est important et une meilleure utilisation du questionnaire d'entrée serait souhaitable pour repérer :
  - les injections à risque (première injection et reprise de consommation après arrêt) ;
  - d'autres expositions à des risques (SDF, partage de seringues, abcès, mauvaises veines, traitement en cours, jeune âge, etc.).Ce moment doit être préservé pour toute nouvelle personne et le questionnaire doit être systématiquement parcouru avec l'utilisateur.
- A d'autres occasions (poste d'accueil, salle d'injection, espace accueil), certains signes spécifiques pourraient être utilisés comme repérage de personnes ayant des besoins particuliers (augmentation de la fréquence des passages, nombre d'injections élevé ou en augmentation, inexpérience manifeste, état dépressif, injections dans des sites dangereux, changement des substances consommées, réapparition après une longue absence, etc.).
- Un moment du colloque d'équipe pourrait être systématiquement consacré à la 'présentation' de tous les nouveaux arrivants.

### 3. Prévention / réduction des risques

■ Les activités de prévention et de réduction des risques se font à divers niveaux : collectif, groupes particuliers, individuel, avec un usage approprié de chaque niveau. Les messages sont cohérents et répétés systématiquement.

■ En conséquence, une véritable 'culture' de réduction des risques liée à l'injection se développe et s'est améliorée depuis l'année passée. Certains gestes semblent acquis (meilleure hygiène de la peau, utilisation de seringues propres).

■ C'est plutôt à la conjonction d'actions et de messages à divers niveaux, à la systématisation des messages et à la cohérence de leur contenu qu'il faut attribuer le développement de cette culture de réduction des risques plutôt qu'à telle ou telle action spécifique. Il y a cependant encore des occasions perdues pour la prévention ou le conseil,

- Il faut poursuivre le panachage d'activités (adressées à l'ensemble des usagers ou à des individus, superficielles ou en profondeur), en utilisant les moments et les lieux de façon encore plus adéquate.
- Dans l'activité du poste d'accueil et en salle d'injection, il faut privilégier et augmenter les messages de réduction des risques sous forme de rappels, de répétition systématique de façon peu personnalisée et sans crainte de lasser, les conseils personnalisés n'intervenant que s'il y a du temps.
- En particulier, il faut essayer de changer la norme concernant le rapport entre la prévention de la transmission par voie sanguine et sexuelle des maladies infectieuses. Par exemple en proposant systématiquement des préservatifs à ceux qui viennent chercher des seringues (seringues et préservatifs doivent apparaître comme un '*multipack*').

## Conclusions

des situations qui pourraient être mieux exploitées.

■ Par contre, la prévention de la transmission sexuelle du sida reste un parent pauvre des activités du Quai 9, malgré une sensibilité des intervenants à ce thème.

■ Même dans des situations d'affluence, la fonction de filtrage des postes d'accueil et de salle d'injection fonctionne généralement bien, grâce à une bonne connaissance des usagers par l'équipe. Toutefois, il existe des situations où cette fonction est débordée.

■ La continuité entre salle d'injection et salle d'accueil ne fonctionne pas très bien, sauf dans les cas graves.

## 4. Influence du Quai 9 sur le traitement ou la consommation

■ En 2003, les contacts du Quai 9 avec les structures de soins ont été développés.

■ Lors des entretiens menés avec des usagers, il n'a pas été rencontré de personnes qui auraient été découragées d'entrer en traitement par leur fréquentation du Quai 9. Dans quelques cas, au contraire, les contacts développés avec les intervenants ont permis de faire progresser une réflexion sur l'entrée en traitement.

■ Lors d'entretiens avec les usagers, il apparaît trois groupes d'usagers pour ce qui concerne l'influence de la fréquentation de la structure sur la gestion de la consommation : ceux pour qui la consommation ne subit aucun changement (les plus nombreux), ceux qui diminuent ou stabilisent leur consommation, ceux qui augmentent leur consommation. Ces deux derniers groupes sont de taille équivalente. Cette constatation recoupe celles faites dans d'autres structures de même type.

■ L'attente avant d'entrer en salle d'injection est jugée par les usagers de façon plutôt neutre ou 'positive' (dans le sens de l'apprentissage d'une meilleure gestion de la consommation). Quand les usagers ne supportent

## Recommandations

■ Pour conserver l'efficacité du 'filtrage' des problèmes au poste d'accueil il faudrait le décharger aux moments de grande affluence, par exemple en supprimant la responsabilité du bar à ces moments-là.

■ Il faudrait se donner les moyens de mieux se transmettre les usagers de la salle d'injection à l'extérieur, de façon à donner suite à une demande (conseil, renseignement, ouverture sur une question de traitement) à laquelle il n'a pas été possible ou pertinent de répondre sur place ou à une inquiétude de l'intervenant. Par exemple l'intervenant pourrait proposer à l'usager de signaler à ses collègues à l'accueil (par téléphone ou en sortant très brièvement sur le pas de porte) qu'il n'a pas pu répondre à telle ou telle demande.

■ Il faut poursuivre les efforts entrepris pour créer des ponts avec des structures de traitement et pour exploiter les occasions données par les usagers d'entrer en matière sur ce sujet avec eux.

■ Il faut continuer à confronter les usagers connus pour être en traitement à leur consommation accessoire, en particulier lorsqu'une augmentation de la consommation est constatée (risque d'*overdose*).

■ La réflexion sur la gestion des files d'attente peut se concentrer sur les aspects de maintien du calme du lieu et des alentours de la structure, plutôt que sur le risque lié à des injections extérieures (qui ont de toute façon lieu).

pas l'attente et quittent Quai 9 pour s'injecter, ils essaient de ne pas le faire dans le voisinage.

### 5. Les limites de l'intervention

■ Du fait même de la philosophie de l'intervention à bas-seuil et du concept de réduction des risques, les intervenants sont confrontés en permanence à des situations-limites, où des conflits éthiques peuvent avoir lieu.

■ Les situations qui posent le plus de questions sont :

- la conjonction, chez l'utilisateur, d'une santé dégradée – ou d'une prise de risque importante pour la santé – avec le refus de se soigner / de réduire les risques pris ;
- l'« aide » à l'injection<sup>68</sup>, en particulier chez les personnes visiblement inexpérimentées, très jeunes, débutantes ;
- les femmes enceintes.

■ L'équipe du Quai 9 est très consciente de l'existence de ces situations et a une excellente aptitude à les discuter pour pouvoir en tirer des attitudes communes, voire à les remettre en question le cas échéant. Elle fait preuve d'une grande aptitude à la réflexion éthique.

■ Il faut continuer à réfléchir sur les situations-limites, y compris en relativisant l'idée de limites : elles ne sont pas les mêmes dans toutes les structures. En revanche, il est important qu'il y en ait et qu'elles soient respectées.

■ Il faudrait approfondir la question de la signification de la philosophie du maintien du lien à tout prix avec l'utilisateur en regard des risques qu'il prend en présence des intervenants et dans la structure.

■ Dans le contexte d'une exigence de qualité de l'intervention, du respect de la santé et de la vie de l'utilisateur dépendant comme du respect des intervenants, il faut réfléchir au fait de refuser plus souvent une injection, de confronter l'utilisateur avec une limite que les intervenants ne sont pas prêts à franchir avec lui en proposant des alternatives, en particulier la possibilité d'un autre mode de consommation des produits (inhalation) au moins temporairement.

■ La possibilité d'inhaler les produits sur place permettrait une gradation crédible entre les remarques sur les risques pris, les avertissements et les sanctions.

■ Ces réflexions pourraient être menées autour de plusieurs situations-limites :

- mauvais état des veines,
- injection dans des sites dangereux,
- présence d'abcès,
- nouveaux injecteurs.

<sup>68</sup> Dans le sens de conseils, non d'intervention, qui est interdite au Quai 9

---

**6. Monitoring / statistiques**

- Un gros effort de monitoring a été fourni par Quai 9 pendant les deux premières années d'activité.
- Certaines statistiques montrent une augmentation des données manquantes, ce qui peut en affecter la validité.

- Il faut réduire un peu le nombre de données récoltées tout en étant plus systématique.
  - Les priorités de recueil des données sont :
    - le questionnaire d'entrée qu'il faudrait remanier légèrement ;
    - l'introduction d'un meilleur identifiant pour chaque usager ;
    - la statistique de la salle d'injection ;
    - la statistique des événements graves (overdoses/surdoses/appels 144, abcès) ;
    - la statistique des seringues et préservatifs.
  - Le suivi détaillé des prestations sociales et sanitaires fournies (qui se sont peu modifiées), la grille des travailleurs de rue ainsi que le comptage en salle d'accueil qui avaient un grand intérêt au début de l'activité paraissent moins prioritaires.
-

## 8 ANNEXES

### 8.1 ANNEXE 1 – RAPPORT DE LA POLICE SUR LE MONITORING DE L'ORDRE PUBLIC

RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE



Département de justice, police  
et sécurité

## **CORPS DE POLICE**

SERVICES ETAT-MAJOR DE LA POLICE

**Directeur des études stratégiques**

Genève, le 11 mars 2004

### **Espace d'accueil avec possibilité d'injection. Monitoring de la sécurité publique Bilan au 1<sup>er</sup> janvier 2004**

---

#### **Rappel du contexte et des objectifs**

L'ouverture d'un espace d'accueil avec possibilité d'injection de drogue relève d'une expérience-pilote s'inscrivant dans la politique genevoise socio-sanitaire de la drogue. Cette expérience s'accompagne d'un processus d'évaluation confié à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne (IUMSP). Il a toutefois été convenu que le « monitoring » sous l'angle de la sécurité publique serait mené par la police genevoise.

Le présent point de situation fait suite au premier bilan annuel au 1er janvier 2003.

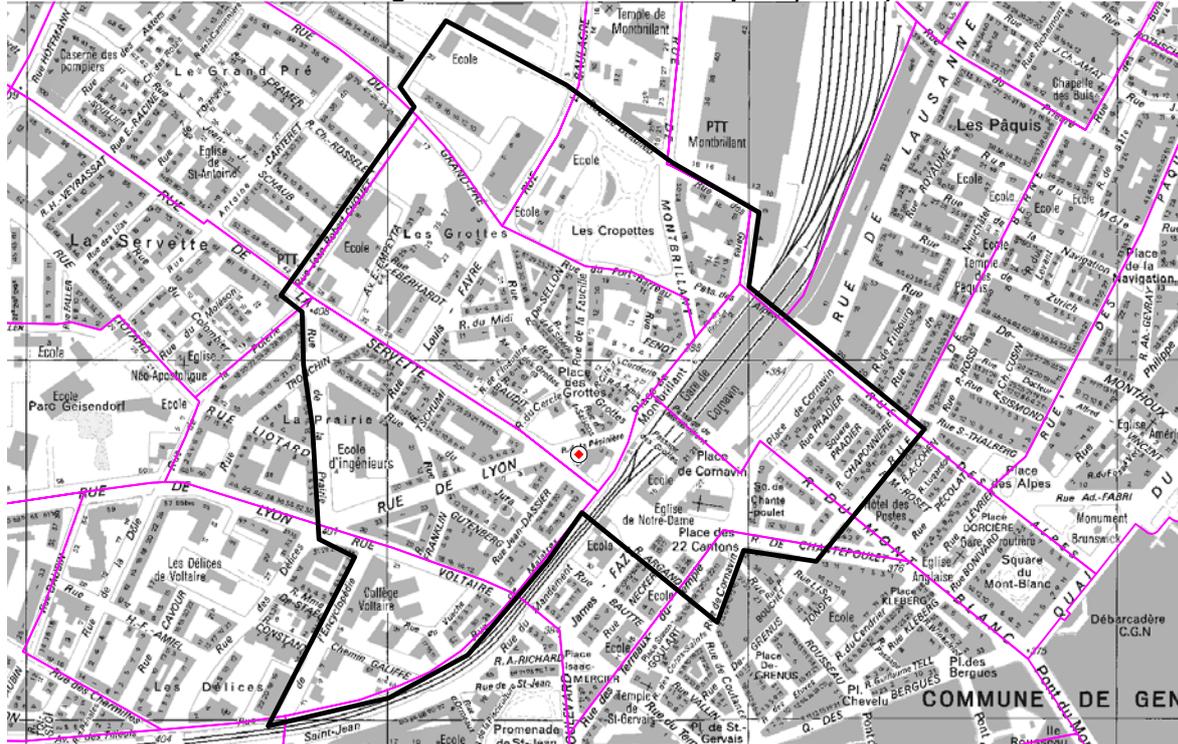
#### **Méthode, contenu et limites du présent monitoring**

Le bilan repose sur les données et observations suivantes :

- l'évolution de la petite et moyenne criminalité (PMC) de 1998 à 2003 ;
- le relevé des interventions selon le Journal des événements, mis en production de manière progressive à partir du 16 septembre 2002. Le Journal, d'une part reprend automatiquement les appels au 117 et, d'autre part, remplace la « main courante » des postes ;
- une brève présentation de l'activité de la *Task Force Drogue* (TFD) dans le secteur.

La carte 1 ci-après présente le secteur d'observation et situe l'espace d'accueil, tandis que la carte 2 permet d'identifier les sous-secteurs statistiques (GIREC).

**Carte 1 - Secteur de monitoring et sous-secteurs statistiques (GIREC)**



**Carte 2 - Sous-secteurs statistiques (GIREC)**



**Limites du monitoring**

Pour l'année 2003, le présent monitoring repose sur l'exploitation des données informatiques. La mise en route progressive pour la gendarmerie uniquement et les appels au 117 du Journal des événements et l'adaptation à ce nouvel outil a une légère influence sur les informations saisies, qu'il s'agisse du volume ou de la précision. En particulier la table des codes selon le type d'événement et les titres de description a été standardisée à partir du 9 janvier. Dans les limites du secteur sous observation, les données sont disponibles

pour toute l'année pour les postes de la Servette et des Pâquis, et partiellement pour le poste de Cornavin (dès le début février). Le transfert des réquisitions dans le Journal, suite aux appels au 117, est également disponible pour toute l'année.

Les conséquences de la poursuite de l'activité de la *Task Force Drogue* sur l'observation du secteur autour de l'espace d'accueil sont peu ou pas mesurables. La lutte renforcée contre le deal, concrétisée par une forte augmentation des arrestations de trafiquants et la prise de mesures d'interdiction d'entrée, soit cantonales, soit locales, a produit une forte pression sur l'alimentation du marché de la drogue (voir ci-dessous). A défaut d'en mesurer la portée exacte, gardons ce constat à l'esprit dans la lecture des pages qui suivent.

### **Description de l'évolution de la PMC entre 1998 et 2003**

La méthode de construction de l'indicateur de petite et moyenne criminalité (PMC) figure à l'annexe. On mentionnera ici deux points essentiellement : d'une part, cet indicateur recense majoritairement des atteintes au patrimoine et des « agressions physiques légères », d'autre part, il ne prend pas en considération les infractions relevant des stupéfiants.

La distribution des résultats de la PMC est présentée selon la méthode des vingtiles. Seuls les Girec appartenant aux quatre vingtiles supérieurs sont cartographiés. Sachant que le territoire cantonal est divisé en environ 400 sous-secteurs, la méthode fait apparaître environ 80 Girecs les plus « chauds » (20% du total). L'état de situation 2003 apparaît sur la carte 3, agrandie et centrée sur le secteur de Cornavin.

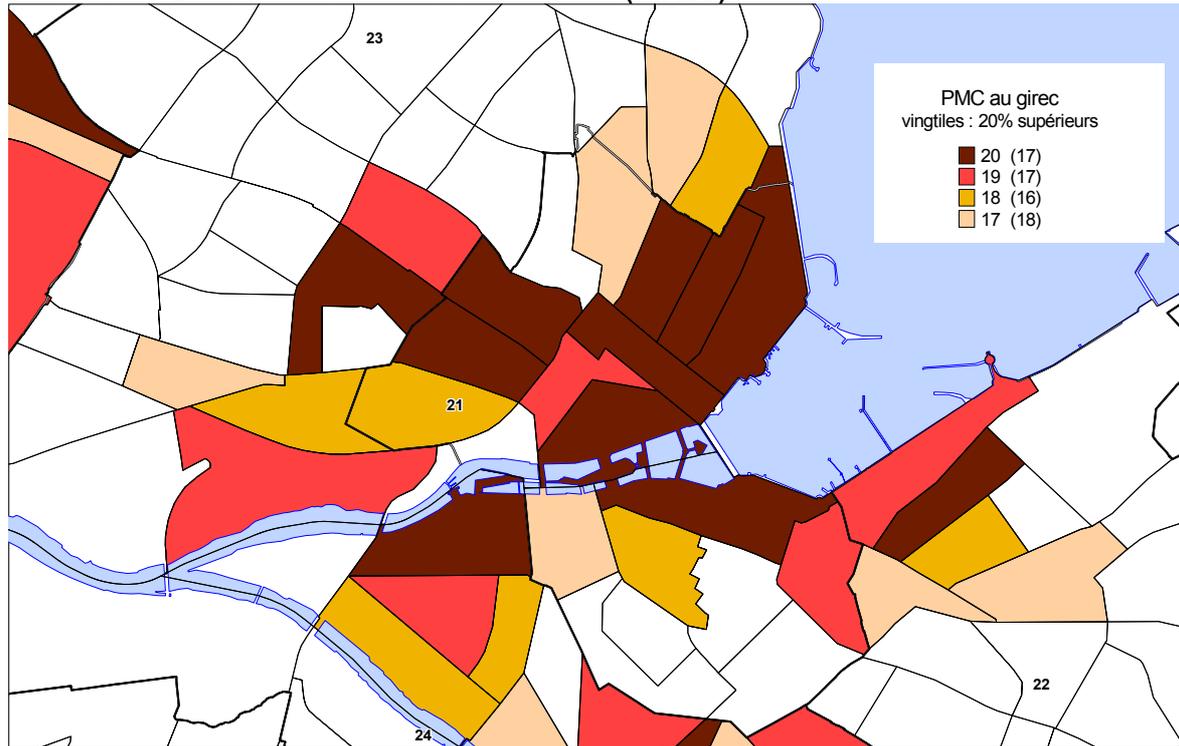
La lecture de la carte montre que le Girec dans lequel est implanté l'espace d'accueil appartient au vingtile supérieur, soit au 5% des sous-secteurs qui recensent le plus d'événements de PMC. Plus généralement, la zone autour de ce sous-secteur est une zone « sensible », puisque la plupart des sous-secteurs apparaissent dans les quatre vingtiles supérieurs. Cette observation traduit le fait que la criminalité recensée concerne davantage les lieux les plus urbains, d'une part les plus habités et d'autre part les plus centraux.

Au-delà du classement selon les vingtiles, il est utile de s'intéresser au volume des événements recensés par Girec et à leur évolution de 1997 à 2003. Le tableau 1 et le graphique 1 présentent les données, ainsi que le rang (ou le classement) des vingtiles en 2003. Sur ce critère de comparaison annuelle, nous observons trois cas de figure :

- la détérioration : Saint-Gervais, La Prairie, Mont-Blanc et James-Fazy ;
- la (quasi) stabilité : Les Grottes, La Servette ;
- l'amélioration, soit le recul au classement : Les Délices (pour un volume quasi stable) et Le Seujet.

Par rapport au bilan précédent, le constat sur les données 2003 fait apparaître une tendance à la hausse du volume du secteur.

**Carte 3 - PMC 2003 dans le secteur d'observation (GIREC)**

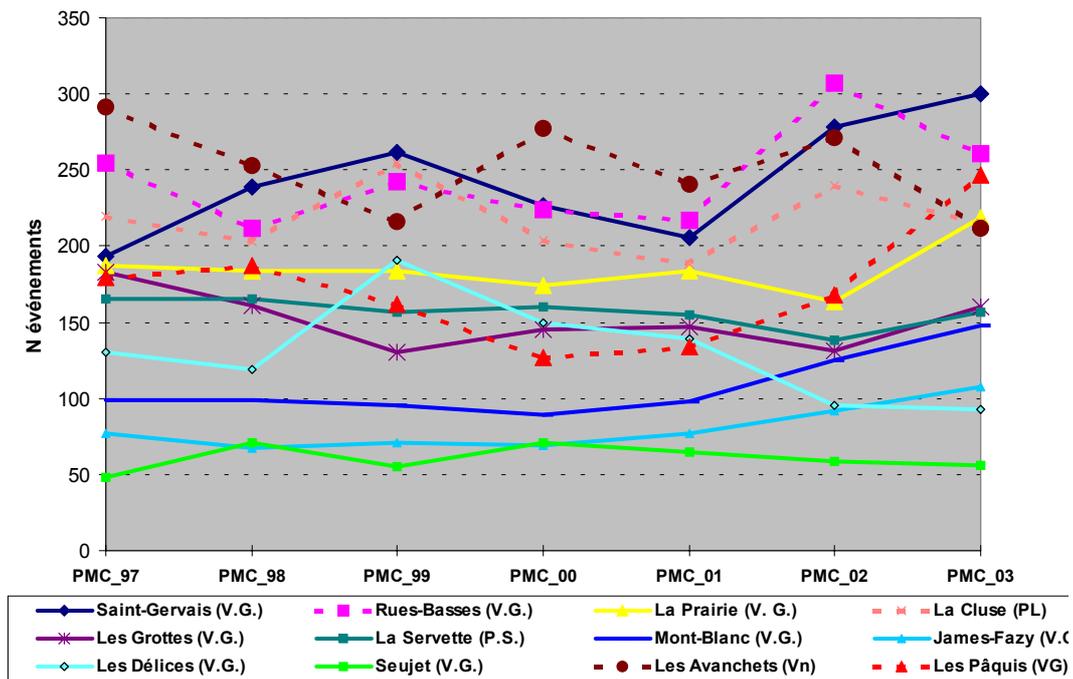


T. 1 - Récapitulatif des observations (classement au vingtile 2003)											
RG03	RG02	RG01	NOM	VGT_03	PMC_03	PMC_02	PMC_01	PMC_00	PMC_99	PMC_98	PMC_97
1	2	3	Saint-Gervais (V.G.)	20	300	278	206	227	262	239	193
2	1	2	Rues-Basses (V.G.)	20	261	307	217	224	242	212	255
3	7	15	Les Pâquis (VG)	20	247	168	134	127	162	187	179
4	8	5	La Prairie (V. G.)	20	219	164	184	174	184	184	187
5	4	4	La Cluse (PL)	20	215	240	188	204	255	203	220
6	3	1	Les Avanchets (Vn)	20	212	271	241	277	216	253	291
10	14	9	Les Grottes (V.G.)	20	160	131	147	145	130	161	183
11	11	8	La Servette (P.S.)	20	157	138	155	160	157	165	165
14	16	31	Mont-Blanc (V.G.)	20	148	125	98	89	95	99	99
28	33	53	James-Fazy (V.G.)	19	108	92	77	69	71	67	77
41	30	12	Les Délices (V.G.)	18	93	95	139	150	191	119	130
75	70	67	Seujet (V.G.)	16	56	59	65	71	55	71	48

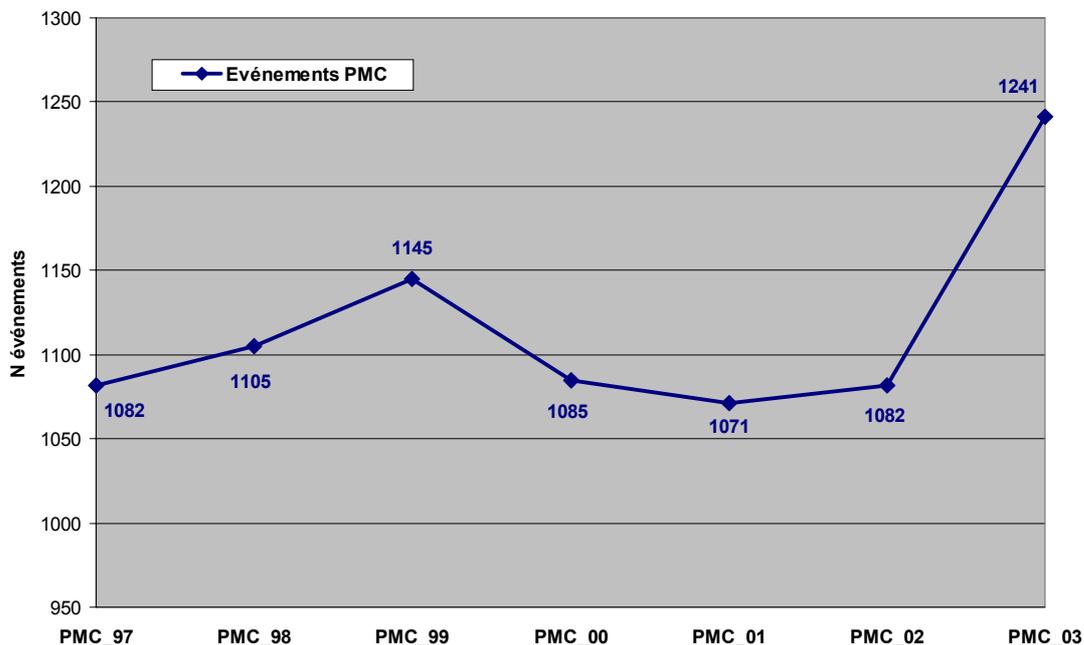
Comme le montre le graphique 2, l'année 2003 a été mauvaise. Sur le plus long terme, il semble que les années 2000 à 2002 aient connu un reflux certain par rapport à une tendance orientée à la hausse dès la période d'observation<sup>69</sup> (+ 15% env. en 2003 par rapport à 1997). Sur le plan cantonal, l'augmentation de la PMC est de 3% et illustre clairement que la PMC atteint prioritairement les lieux centraux et denses ainsi que cela a été mentionné auparavant. L'ensemble de la criminalité connue de la police a quant à elle progressé de 20% sur cette même période.

<sup>69</sup> Par rapport au bilan précédent, les données de toutes les années ont été recalculées pour prendre en compte les événements annoncés après la clôture du bilan annuel.

G. 1 - Evolution 1997 - 2003 de la PMC



G. 2 - Volume total de la PMC entre 1997 et 2003



**Journal des événements et appels à la centrale d'engagement (117)**

Les appels au 117 et les inscriptions dans le Journal des événements permettent d'établir une statistique dites des entrées, c'est-à-dire avant validation complète des données ou en termes policiers, avant enquête le cas échéant. Les données qui suivent portent sur les premières constatations faites par la patrouille de gendarmerie et se limitent volontairement aux « affaires de drogue ». Précisons dans ce contexte que les doléances qui parviennent à la police judiciaire ne sont pas prises en compte.

<b>T. 2 - "Affaires de drogues" selon le Journal des événements en 2003</b>		
<i>Titres de description</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pour cent</i>
drogue - consommateur majeur	31	22.79
drogue - découverte de salissure / matériel	32	23.53
drogue - malaise	4	2.94
drogue - rapport	65	47.79
drogue - saisie aléatoire	4	2.94
Total	136	100.00

Le tableau 2 recense les diverses situations, pour une moyenne mensuelle de 11 interventions. On relèvera que dans près de la moitié des cas (48%), les premières constatations ont été suivies d'un rapport, soit d'une enquête de police. Dans un quart des cas environ (24%), on se trouve face à une situation propre à alimenter le sentiment d'insécurité, puisque les appelants font état de « restes » liés à la consommation et à l'injection de drogue. Enfin, la catégorie « consommateur majeur » concerne la consommation de drogue douce uniquement.

La ventilation de ces événements selon le moment de la journée montrent une répartition globale quasi équitable entre les heures ouvrables (de 8h00 à 18h00) et le reste de la journée (voir le tableau 3). Ce constat s'applique également aux deux premières rubriques du tableau. Les choses sérieuses, c'est-à-dire motivant un rapport et une enquête, se déroulent davantage en soirée et durant la nuit (40 cas pour 25 en journée).

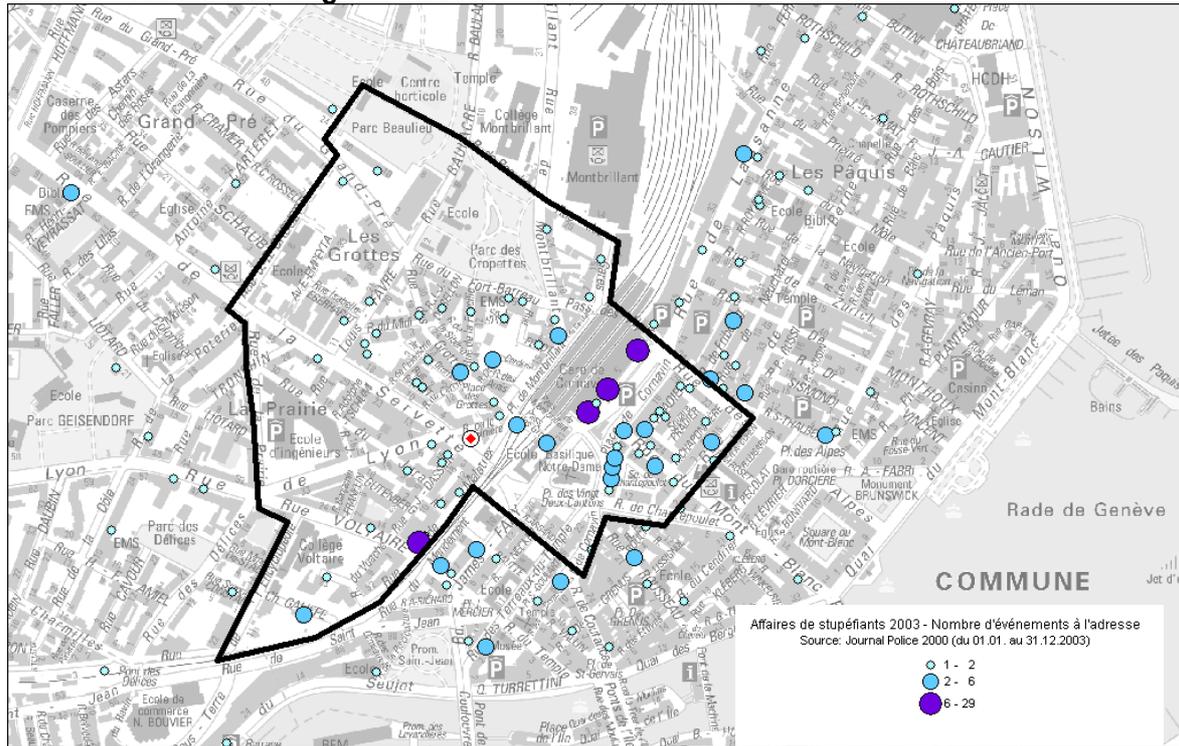
<b>T.3 - "Affaires de drogues" selon le moment de la journée</b>				
<i>Titres de description</i>	<i>De 8h00 à 18h00</i>	<i>De 18h00 à 24h00</i>	<i>De 24h00 à 8h00</i>	<i>Total</i>
drogue - consommateur majeur	15	13	3	31
drogue - découverte de salissure / matériel	18	12	2	32
drogue - malaise	4			4
drogue - rapport	25	19	21	65
drogue - saisie aléatoire	3		1	4
Total	65	44	27	136

La carte 4 ci-après situe ces différents événements en se concentrant sur le secteur sous observation et visualise l'activité se déroulant dans le secteur de la gare et partant, du local d'accueil, même si la proximité immédiate de ce dernier semble épargnée<sup>70</sup>.

Notons que d'autres types d'interventions auraient pu être pris en considération (bruit – interventions diverses dans des lieux privés ou publics ou encore certains types de conflits), ce qui aurait donné une image plus large des motifs à l'insécurité perçue dans le secteur. Nous avons toutefois choisi de privilégier les situations identifiées comme relevant de la problématique de la drogue.

<sup>70</sup> Pour rappel, l'élément déclencheur ici est ou un appel au 117 ou une patrouille de gendarmerie. Par ailleurs, en termes d'interventions de police, un « gentleman's agreement » entre la police et les responsables du Quai 9 établit le cadre d'intervention, qui limite les interventions aux cas de force majeure.

Carte 4 – « Affaires de drogue » en 2003 selon le Journal des événements



### Activité de la Task Force Drogue (TFD) en 2003

La TFD a procédé à 752 arrestations en 2003 dont 513 mandats d'amener pour infraction à la LStup. Parmi ces derniers, 262 ont été pris dans le secteur de la gare Cornavin. Comme le relève le rapport d'activité de la TFD dont sont issus également les chiffres des arrestations, l'activité des dealers est plus présente sur l'arrière de la gare durant les heures d'ouverture du local d'accueil. En dehors de ces heures, elle se reporte sur le devant de Cornavin. La TFD mentionne également que par rapport à 2002, le nombre global de dealers semble avoir diminué. Ceux-ci sont également devenus plus prudents.

### En guise de conclusion...

- le bilan de la TFD pour le secteur de la gare est plutôt positif et montre l'efficacité de la pression exercée sur les dealers. Ces opérations de police judiciaire répressives (observation et intervention en flagrant délit) sont à compléter avec une approche dissuasive (voir ci-après) ;
- les « affaires de drogue » selon le Journal des événements mettent en évidence un certain nombre d'interventions, dont une partie sont de nature à alimenter un sentiment d'insécurité, affaires auxquelles il faut ajouter un certain nombre de doléances – en diminution selon la TFD ;
- du point de vue de la petite et moyenne criminalité (PMC), après un constat plutôt rassurant lors du bilan précédent, l'évolution en 2003 et l'observation à partir de 1997 montre une augmentation considérable de ce type de délinquance ;
- face à ces mouvements contrastés, le traitement de l'insécurité, dans sa dimension plus subjective et pour la part relevant de la police, passe vraisemblablement par une présence policière plus visible.

Didier FROIDEVAUX

Annexe : ment.

## Annexe

### Construction de l'indicateur « PMC » (Petite et moyenne criminalité)

Pour rappel, les données sont extraites à partir du concept des « Affaires » à partir de 1997. Les données traitées ici portent sur les années 1998 - 2000 et le 1<sup>er</sup> semestre 2001. Les qualifications d'événements suivantes sont retenues pour la construction de l'indicateur « PMC » :

- vol par effraction
- vol par introduction furtive
- vol par effraction dans un véhicule
- vol par introduction furtive dans un véhicule
- vol à la tire
- vol de véhicules à 4 roues : seulement les voitures de tourisme
- vol de véhicules à 2 roues : concerne les motos, les motocycles légers et les scooters
- vol à l'astuce
- vol à l'arraché
- brigandage
- agression
- racket
- menaces
- chantage/extorsion
- lésions corporelles simples.

Les qualifications recensées comprennent également les tentatives.

Les vols de véhicules qui ne concernent pas les types de véhicules mentionnés ci-dessus ont été écartés. On parle toujours ici d'un événement vol de véhicule (plainte), peu importe que plusieurs véhicules aient été éventuellement volés.

Les « Affaires » permettent la saisie de trois qualifications pour chaque événement. Afin de rester dans la logique de l'événement (ou de la plainte), il a fallu adopter un certain nombre de conventions pour le traitement des qualifications multiples.

1. Les qualifications d'un événement désignant uniquement une agression (p. ex. menaces + chantage/extorsion) ont alimenté une catégorie générique « agression ».
2. Les qualifications « vol de véhicules » ont dans un premier temps été remplacées par la qualification du type de véhicules (pour autant que ce type figure dans la liste ci-dessus ; ex. vol de voiture de tourisme, vol de scooter) et ont été rassemblées dans un second temps dans une catégorie générique « vol de véhicules », excluant les types non retenus.
3. Un dernier groupe a été constitué de l'ensemble des autres types de vols.
4. Les vols de véhicules et les autres vols peuvent être accompagnés de qualification renvoyant aux différentes formes d'agressions. L'atteinte au patrimoine a donc été privilégiée, dans la mesure où l'on fait l'hypothèse que « l'acquisition » était bien le but et la violence éventuelle le moyen.
5. Une qualification unique par événement a donc été constituée de la sorte.

Le total « PMC » correspond ainsi à la somme de ces événements. Lors de la représentation géographique par sous-secteurs statistiques, un certain nombre de cas sont perdus, faute d'une géoréférence suffisamment précise. Ces pertes sont relativement stables d'une année à l'autre.

## 8.2 ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE ET MONITORING

### QUESTIONNAIRE D'ENTRÉE destiné aux usagers du lieu d'accueil avec espace d'injection à Genève

La mise en place de ce lieu d'accueil est soumise à une évaluation. A cet effet, il est utile de connaître votre situation au moment de votre première visite au lieu d'accueil. C'est pourquoi nous vous prions de répondre en à ce questionnaire dont les données seront traitées de manière confidentielle. Merci.

Date \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Vous êtes

O<sub>1</sub> un homme

O<sub>2</sub> une femme

Quelle est votre année de naissance ?

Quel est votre prénom ou pseudonyme ?

Où avez-vous habité principalement durant le **dernier mois** ?

O<sub>1</sub> domicile fixe privé (chambre, appartement, etc.)

O<sub>2</sub> sans domicile fixe (changements fréquents, rue, etc.)

Où habitez-vous **actuellement** ?

O<sub>1</sub> canton de Genève

O<sub>2</sub> canton de Vaud

O<sub>3</sub> France

O<sub>4</sub> autre

Avez-vous un ou des enfants ?

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

Avez-vous eu une activité professionnelle durant le **dernier mois** ?

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

Quelles ont été vos principales sources de revenus le **dernier mois** ?

activité professionnelle

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

aide sociale, assurances sociales (AI)

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

famille, amis, compagnon

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

revenus illégaux, deal, prostitution

O<sub>1</sub> oui

O<sub>2</sub> non

Comment avez-vous connu le lieu d'accueil avec possibilité d'injection ?

.....

Suivez-vous **actuellement** un traitement de substitution ?

<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

Si oui, lequel ?

héroïne      <sub>1</sub>

méthadone      <sub>1</sub>

subutex      <sub>1</sub>

Quand avez-vous commencé à vous injecter des drogues

âge

A quelle fréquence, avez-vous consommé durant le **dernier mois** (30 derniers jours) ?

	Quotidiennement	Plusieurs fois par semaine	Occasionnelleme nt (<1fois/sem.)	Pas consommé durant le mois
Héroïne .....	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
Cocaïne .....	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
Benzodiazépines .....	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>

Combien d'injections vous êtes vous faites **hier** ?  injections

Où avez-vous fait votre **dernière** injection hors du local d'injection ?

<sub>1</sub> à domicile, dans un appartement

<sub>2</sub> dans un lieu public (wc, allée, cave, parking, parc, rue etc.)

Où pensez-vous faire la **prochaine** injection hors du local d'injection ?

<sub>1</sub> à domicile, dans un appartement

<sub>2</sub> dans un lieu public (wc, allée, cave, parking, parc, rue etc.)

Durant les **6 derniers mois**, vous êtes-vous injecté avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?

<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

Et durant le **dernier mois**, vous êtes-vous injecté avec une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre ?

<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

Faites-vous vous même vos injections

<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

Faites-vous à d'autres personnes des injections      <sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

Sur quelles parties du corps vous injectez-vous le plus souvent ?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Quel est l'état de vos veines **actuellement** ?

- <sub>1</sub> bon
- <sub>2</sub> moyen
- <sub>3</sub> mauvais

Avez-vous rencontré des problèmes infectieux (abcès) durant le **dernier mois** ?

<sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non



## 8.2.1 Fiches de monitoring

### Monitoring dans le local d'injection

Date : .....

#### Produits :

H=héroïne, C=cocaïne, K=coktail H+C, Méta=méthadone, Médic.=médicaments \***temps par 15 min.**

Heure	Prénom	Année naissance	Sexe		Produit	Point d'injection	Temps*
			H	F			

### Evénement problématiques en salle d'injection

(Indiquer si possible sexe et produit, cocher ensuite les colonnes concernées)

Date	Sexe	Produit	Accomp.	assistance respiratoire	réanimation cardio-respiratoire	appel 144	Appel SOS médecin	Commentaires

### Monitoring seringues

Date : .....

Heure	Sexe		Seringues distribuées		Seringues rendues				Autre mat. vendus					Demande fumée
	h	f	Consig.	Echang.	Alu	Prés.	Remb.	Echang.	Aig	Eau	Crème	Cuill.	Garot	

### Monitoring dans le local de soins

Par qui : M=médecins, I=infirmier, T=travailleur social) \* **le temps est noté par 15 min**

Prestations : I =information-discussion, S =soins somatiques, Méd.=médicaments/ordonnance

Relais : RS = relais social RM = relais médical

Date	Heure	Sexe	Par qui	Problématique	Prestation	Relais : RM/RS	Temps*	Commentaires

### Monitoring des prestations sociales

Date : .....

JOUR : ..... Mettre une coche pour chaque prestations sociales effectuée dans la journée

Sexe			Prestations								
F	H	Collectif	Ecoute	Entretien	Information	relais	relais vers ...	douches	gestion stress violence	accompagnement extérieur	voisinage

### Nombre de personnes à l'accueil

Date : .....

Fréquent.	12h30	13h30	14h30	15h30	16h30	17h30	18h30	19h30	20h30
salle accueil									

NOM : \_\_\_\_\_

8.2.2 Grille d'observation pour les travailleurs de rue du groupe RdR

Commentaires au verso → ./.

Date	Heure	Coordonnées			Nombre				Echelle de 1 à 5 (1=pas .... 5=beaucoup)				
		Lieu	Dealers	Consom- mateurs	Femme	Mineurs < 18 ans	Violence visuelle	Tension ressentie	Consom- mation visible	Présence policière	Deal visible		

## Commentaires

Coordonnées			Rubriques à remplir si quelque chose de spécial			
Date	Heure	Lieu	Attitude des passants	Attitude du voisinage	Événement	Remarque

### 8.3 CONSIGNE POUR REMPLIR LA GRILLE D'OBSERVATION POUR LES TRAVAILLEURS DE RUE DU GROUPE RDR

#### **Rappel**

Objectifs : mesurer l'influence de l'implantation du local d'injection sur le quartier (et non la scène)

Contenu : récolte d'informations sur le quartier avant et après l'implantation du local d'injection (affluence dans le quartier des consommateurs de drogues, des femmes, des dealers, des mineurs, importance de la violence, des tensions, de la consommation visible, de la présence policière, attitudes des passants, du voisinage , etc.)

Nature : grille d'observation remplie par les travailleurs de rue

Périodicité : deux mois avant l'ouverture, deux mois après (au minimum une fois par semaine)  
+ intervalles réguliers (1x par mois)

#### **Consignes** (à discuter encore avec l'équipe)

Lieu : 1. autour du futur local d'injection  
2. gare

Fréquence : au minimum une fois par semaine à la fin de la permanence  
idéalement deux fois par semaine au début et à la fin de la permanence

## 8.4 ANNEXE 3 – PROCÉDURE DE NETTOYAGE DES DONNÉES POUR L'ANALYSE DES DONNÉES DE LA SALLE D'INJECTION PAR INDIVIDU

1. Le fichier de base de la salle d'injection contenait 30'417 injections. Ont été supprimées du fichier les données ne comportant pas d'identifiant complet (soit date de naissance manquante ou prénom/pseudo manquant). Ce qui représente une perte de 178 injections, ce qui nous amène à un total de 30'239 injections.
2. Ensuite ont été éliminés les identifiants à double voir à triple, ce qui représente 67 individus sur 736 identifiés par le questionnaire d'entrée au cours de la première année de fonctionnement. Ce qui représente une perte de 2376 injections, ce qui nous amène à un total de 27'862 injections.
3. Dans ce fichier, de nombreuses corrections – principalement d'orthographe<sup>71</sup> – ont été effectuées sur les identifiants afin que l'analyse par individus soit la meilleure possible. Or on se retrouve à cette étape avec 1929 identifiants différents alors que le questionnaire d'entrée compte à cette étape 667 individus (736 moins 67 doublons et 2 identifiants incomplets).
4. Les deux fichiers questionnaires d'entrée et données sur les injections en salle IV - qui ont été agrégées par identifiants - ont été mis ensemble (au total 2145 identifiants). Ainsi 509 identifiants sont communs aux deux fichiers, 1409 ne se trouvent que dans la salle IV et 227 que dans les questionnaires d'entrée (moins les 67 doublons et 2 identifiants incomplets cela représente 158 identifiants). Le profil selon l'âge et le sexe est identique selon ces trois groupes (identifiants communs aux deux fichiers / identifiants que dans la salle IV / identifiants que dans les questionnaires d'entrée) . De plus, les trois quarts des identifiants que l'on trouve que dans la salle IV n'apparaissent qu'une ou deux fois (63% ont effectué une seule injection et 13% deux injections). N'ont été retenus pour la suite de l'analyse que les identifiants communs aux deux fichiers questionnaires d'entrée et injections en salle IV. Ce qui représente 509 individus, ce qui nous amène à un total de 18'031 injections soit une perte de 9'831 injections à cette dernière étape.

En résumé l'analyse porte sur :

**509 individus**, ce qui correspond par rapport au fichier du questionnaire d'entrée à une perte de 227 individus (31% de perte) ;

**18031 injections** ce qui correspond par rapport au fichier de base en salle d'injection à une perte de 12386 individus (41% de perte).

L'analyse – à proprement dite – des données en salle d'injection par individu s'est déroulée comme suit :

Suite à un entretien avec une bio-statisticienne<sup>72</sup>, il a été décidé de procéder à une analyse exploratoire de ces données agrégées par individu avec la perspective de décrire des types d'utilisateurs basés sur leur fréquentation (à l'aide d'indicateurs de fréquence et de dispersion des visites des

---

<sup>71</sup> Par exemple : les majuscules, les accents, les fautes de frappe (par exemple Jean-Luis remplacé par Jean-Louis).

<sup>72</sup> Pour effectuer une analyse statistique temporelle, il faudrait des données présentant des rythmes biologiques réguliers sur 24 heures. Ce qui n'est pas le cas en salle d'injection (rappel : Quai 9 est ouvert 7 heures par jour). De plus ces analyses 'chrono-biologiques' sont des analyses très fines ne pouvant porter que sur quelques individus et modéliser un comportement régulier nécessite un travail de programmation (il n'existe pas de logiciel avec des procédures toutes prêtes). Nous tenons à remercier Madame Christiane Ruffieux de l'IUMSP pour ces précieux renseignements.

usagers en salle d'injection). Ces types sont ensuite analysés selon les produits consommés ainsi que selon le sexe et l'âge des usagers.

Les données ont été agrégées par individus (pour rappel on travaille avec 509 individus et 18'031 injections : Il a été calculé une durée (en nombre de jours) pour chaque individu.

Une typologie a été construite à partir du nombres d'injections durant la première année et le nombre de jours écoulés entre la première et la dernière injection.

## 8.5 ANNEXE 4 – OUTILS D'ÉVALUATION QUALITATIFS

### 8.5.1 Guide d'entretien pour les utilisateurs du Quai 9 – novembre 2003

Objectif : « *Décrire les différents groupes de consommateurs et les modifications de leur comportement dans la structure, notamment pendant les files d'attente, afin de mieux cibler la prévention et la promotion de la santé* » (A. Mino).

Qu'est-ce qui influence les usagers à changer ou à ne pas changer de comportement ? Qui sont les usagers qui changent leur comportement ?

1. **Sexe :**

2. **Age :**

3. **Depuis quand venez-vous au Quai 9 ?**

4. **A quel moment de votre histoire de consommation êtes-vous arrivé au Quai 9 ?  
(relancer avec questions plus précises si peu d'information)**

Pourquoi venez-vous au Quai 9 ?

5. **A quelle fréquence venez-vous au Quai 9 ?**

6. **Consommation**

Quelles substances consommez-vous ?

Mode de consommation ?

A quelle fréquence ?

Depuis quand ?

Suivez-vous un traitement de substitution ?

Si oui : Depuis quand ? Est-ce la première fois ? Qu'est-ce qui vous a décidé à en commencer un ?

Avez-vous déjà eu des traitements auparavant, sevrages, combien ? Est-ce que votre médecin sait que vous vous injectez, que vous venez à Quai 9 ? Qu'en pense-t-il ? Est-ce que les intervenants de Quai 9 le savent, en parlent-ils avec vous ? Suivez-vous votre traitement régulièrement ? Où ? Comment cela se passe-t-il concrètement ?

Si non : Avez-vous déjà eu des traitements auparavant, sevrages, combien ? Quand le dernier arrêt ?

Pourquoi le dernier arrêt ? Est-ce que vous pensez recommencer un tt, pourquoi et comment, démarches entreprises ?

7. **Décrivez svp votre journée d'hier depuis le réveil jusqu'au moment du coucher**  
(aider la personne en jalonnant sa journée avec points de repères tels que réveil, repas, venue au Quai 9, gare, prise de métha, etc.)

Recueillir des infos sur :

- conditions d'injection,
- conditions du lieu de vie,
- lien social, désœuvrement,
- lien institutionnel,
- comportements de prévention.

**8. Lorsqu'il y a de l'attente pour la salle d'injection, comment réagissez-vous, comment le vivez-vous ?**

(dépend de l'état de manque, de la durée d'attente, sort s'injecter ailleurs, où ?, etc.).

**9. Racontez svp votre dernière injection (à l'extérieur ?) étape par étape.**

Vérifier les étapes d'injection (utiliser document atelier d'injection sur le processus d'injection).

**10. Qu'avez-vous appris au Quai 9 concernant l'hygiène d'injection (étapes d'injection) ?**

Donner des exemples (se référer au document de l'atelier d'injection).

**11. Si oui, avez-vous pris l'habitude de répéter à l'extérieur ces gestes appris au Quai9 ?**

Demander des exemples.

Si non, pourquoi pensez-vous n'avoir pas acquis une meilleure hygiène d'injection ?

**12. Prenez-vous mieux soin de votre santé depuis que vous venez au Quai 9 ?**

Soin des abcès, traitement des maladies (HC, etc.), etc.

Utilisez-vous des préservatifs ? (plus souvent, toujours, ...).

**13. Est-ce que votre fréquentation du Quai 9 vous a motivé à commencer un traitement en vue d'arrêter votre consommation ? (ou améliorer votre traitement ?)**

*Décrire précisément en quoi, démarches entreprises.*

**14. Selon vous, Quai 9 a-t-il une influence sur votre consommation ?**

Augmentation de la consommation ?

Stabilisation et meilleure gestion de la consommation ?

Diminution de la consommation ?

Aucune influence sur la consommation ?

Demander d'expliquer pourquoi et comment

**15. Selon vous, Quai 9 apporte-t-il un changement d'un point de vue relationnel, social ?**

Quai 9 comme lieu de rencontres ?

Passage sans s'arrêter ?

Liens vers le réseau ?

Evolution de la situation de vie ?

## Questionnaire à l'équipe concernant les problèmes éthiques

*lire le questionnaire en entier avant de commencer*

1. Y a-t-il dans votre travail au Quai 9 des situations qui vous posent problème d'un point de vue éthique / déontologique\* ? (veuillez donner des exemples)

1a. dans le travail d'accueil

Question ouverte

1b. dans le travail en salle d'injection

Question ouverte

1c. dans l'activité de soins

Question ouverte

1d. dans les groupes avec les usagers

Question ouverte

\* ce qui vous paraît être l'action juste en regard de votre profession et du contexte bas-seuil dans lequel se situe Quai 9

2. Quels types de réponses avez-vous donné dans ces diverses situations ? (veuillez donner des exemples)

1a. dans le travail d'accueil

Question ouverte

1b. dans le travail en salle d'injection

Question ouverte

1c. dans l'activité de soins

Question ouverte

1d. dans les groupes avec les usagers

Question ouverte

3. Quel est le point de vue de l'équipe sur vos réponses aux situations (consensus, divergence, élaboration de marche à suivre, etc.)

Question ouverte

Merci beaucoup !

## 8.5.2 Méthode et grille d'observation des actes de prévention de l'équipe et des situations limites

Quai 9, octobre 2003

**Objectifs** : Quels messages de prévention sont transmis et à quel moment ? Quelle est la méthode utilisée ? Quel est l'impact immédiat observé chez l'UD ? Quels sont les comportements de préventions acquis ? Qui sont les UD qui acquièrent des comportements de prévention ou non ? Quelles sont les limites rencontrées par les intervenants ?

**Méthode d'observation** : Observer les 4 postes par "séance d'observation" sans suivre forcément le même intervenant (le laisser respirer). Par exemple, suivre 2 intervenants par séance. La permanence du médecin est comprise dans les observations. Voir grille pour la méthode.

### Secteurs visés par la prévention :

1. **"H"** = Hygiène d'injection
2. **"S"** = Santé (physique, psychique, sociale)
3. **"SEX"** = Sexualité ( MST, VIH, grossesse, échanges de service)
4. **"C"** = Consommation (produit, rechute, mode de conso.)
5. **"E"** = Environnement (exclusion sociale, citoyen, mat. usagé)
6. **"I"** = Institution (accès aux mineurs et nouveaux conso., fonctionnement)

### Limites rencontrées :

**"L"** = Situation limite – Préciser si elle est définie ainsi par l'intervenant ou par l'évaluateur.

**Exemples de situations limites rencontrées par l'équipe** : femme enceinte, UD récemment en surdose ou en OD voulant entrer dans la salle d'injection, recherche laborieuse de l'injection – automutilation, un UD qui ne sait pas s'injecter seul, non-intégration des gestes RDR, relais difficile cause dégradation importante de l'UD, UD fébrile qui refuse le relais, jeunes injecteurs, le soin donné est-il correct pour un travailleur social, objets volés par UD à vendre, accueil d'une mère et son enfant, effet du produit sur le lien social, prestation prise comme un dû.

**"Le sigle"** est utilisé dans la grille lors de l'observation.

### 8.5.3 Grille d'observation Q9

Grille d'observation Q9		Date de l'observation :	
Noms des intervenants :		Description de l'utilisateur	
LIEUX :	Sigle du secteur de prévention ou de limite	Réaction de l'utilisateur	Description de l'utilisateur
- Espace accueil - Salle injection - Salle de soins	- Description du message donné par l'intervenant - Description de messages acquis - Description d'une situation limite	- Impact immédiat du message - Echanges avec l'intervenant	
Echange matériel			
File d'attente			
Bar			
Espace accueil			
Salle d'injection			
Salle de soins			
Atelier d'injection			

## 8.6 ANNEXE 5 – DOCUMENTS DU QUAI 9 : RÈGLEMENTS

### 8.6.1 Quai 9 – règlement

#### REGLEMENT

ACCES AU LIEU D'ACCUEIL

**L'accès au lieu d'accueil est réservé aux personnes consommatrices de drogues dures. Les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection.**

SONT INTERDITS

*A L'INTERIEUR DES LOCAUX ET DANS LE PERIMETRE EXTERIEUR DIRECT*

#### LE DEAL :

- TOUTE VENTE DE PRODUIT LEGAL ILLEGAL (*le produit sera sorti dans la salle d'injection*)
- TOUTE CONSOMMATION DE PRODUIT EN DEHORS DE LA SALLE D'INJECTION (*périmètre autour du local, salle d'accueil, wc...etc.*)
- TOUTE OFFRE OU VENTE DE PRODUITS VOLES
- TOUT TRANSFERT D'ARGENT
- TOUTE VENTE, DON OU ECHANGE DE SON TICKET D'ENTREE POUR LA SALLE D'INJECTION

#### LA VIOLENCE :

- TOUT ACTE DE VIOLENCE ENTRE LES USAGERS OU ENVERS LES EMPLOYES
- LES DOMMAGES AU MOBILIER
- LE MANQUE DE RESPECT, LES MENACES VERBALES OU PHYSIQUES ENVERS LES USAGERS OU LES EMPLOYES
- LE PORT D'ARMES (armes blanches ou à feux, couteaux ..., etc.)

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE LA  
CONSOMMATION DE DROGUE EST  
UN ACTE ILLEGAL**

Le personnel peut interdire l'accès au lieu d'accueil pour une durée plus ou moins longue à toute personne ne respectant pas les règles

## 8.6.2 Procédure d'utilisation de la salle d'injection

### PROCEDURE D'UTILISATION DE LA SALLE D'INJECTION

- **Déposer/Echanger votre matériel usagé au bar => seringue, cuillère et filtre propres vous seront remis dans la salle d'injection.**
- **Prendre un ticket au bar (si vous êtes 2, le signaler et prendre 2 numéros qui se suivent). Acheter un garrot, si vous n'avez pas le vôtre.**
- **Attendre votre tour.**
- **Entrer dans la salle d'injection lorsque votre numéro s'affiche.**
- **Eteindre votre natel (portable).**
- **VOUS LAVER LES MAINS AVANT de prendre votre matériel.**
- **Remettre votre ticket à l'entrée et annoncer le produit à consommer.**
- **Chacun apporte, prépare et consomme son propre produit.**
- **Signaler à l'intervenant lorsque votre injection est prête et remettre votre filtre et votre cuillère à l'intervenant.**
- **Ne faire qu'UNE seule injection par passage.**
- **Déposer votre seringue, et votre matériel annexe usagé dans les bacs et les poubelles appropriés.**
- **Ranger et nettoyer votre place.**
- **Respecter l'intimité de chacun et chacune.**

Veillez ne pas :

- **Entrer dans la salle d'injection avec du matériel usagé.**
- **Manipuler de façon désordonnée des seringues.**
- **Rester au-delà de 30 minutes dans la salle.**
- **Quitter la salle avec votre matériel IV usagé et votre coton.**
- **Manger, boire ou fumer dans cette salle.**
- **Utiliser un point d'injection évalué dangereux par le professionnel présent.**
- **Faire une injection dans le cou ou dans une zone évaluée dangereuse à une autre personne.**
- **Entrer avec un animal => chaque personne est responsable de SON animal et il doit être tenu en laisse dans la salle d'accueil.**

Le personnel est en mesure d'interdire l'accès à la salle IV et de déterminer la durée de l'interdiction, à toute personne :

- risquant de faire une overdose avec une injection supplémentaire,
- ayant un comportement perturbateur,
- sans ticket,
- nécessitant des soins (nécessité d'avoir recours à un médecin pour poser un diagnostic, recouvrir les plaies ouvertes...)
- n'ayant pas respecté les règles de fonctionnement citées ci-dessus.
- 

*Le personnel décline toute responsabilité en cas de pertes, vols oubliés, d'objets personnels ou autres dans nos locaux.*

### 8.6.3 Règles de fonctionnement de base

## **CADRE DE TRAVAIL COLLABORATEURS SALLE IV**

### REGLES DE FONCTIONNEMENT DE BASE

Nombre de personnes présentes simultanément égal au nombre de places disponibles assises.

Le deal ou les échanges, don de produit psychotrope sont interdits. Chacun apporte son propre produit.

Les personnes qui n'injectent pas des drogues, en dehors des professionnels, ne sont pas autorisées à entrer dans la salle IV.

Interdiction d'entrer avec une seringue usagée dans le local, de se déplacer avec une seringue décapuchonnée.

La violence verbale, gestuelle ou physique, la détérioration du matériel sont sanctionnées.

Le port d'armes et/ou couteaux est interdit.  
Lavage de mains obligatoire pour entrer.

Le professionnel présent dans la salle peut imposer à un UD de couvrir une plaie ouverte pour pouvoir faire son IV dans la salle, ou de se faire soigner (relais vers médecin ...) et de se présenter avec un certificat médical de non-contagion si suspicion de risque de contamination (maladie contagieuse, hépatite A ou B aiguë, à définir ...).

Les chiens ne sont pas admis.

Réanimation : On stoppe les entrées dans la salle d'injection le temps nécessaire et on fait sortir les usagers présents dès qu'ils ont terminé leur IV.

#### 8.6.4 Sanctions

### SANCTIONS

Tout professionnel du lieu est en mesure d'interdire l'entrée du local de manière générale ou de la salle IV seulement, à toute personne qui ne respecte pas le règlement.

La durée de l'exclusion est fixée par le professionnel : il en informe ses collègues et le note sur la fiche sanctions au bar. L'ensemble de l'équipe doit porter la décision. Trouver une cohérence, ligne de conduite de l'équipe ; ramener la sanction au sens de manière à ce qu'elle reste constructive.

A son retour la personne doit se présenter auprès de la personne qui a posé la sanction ou d'un autre professionnel si cette dernière est absente.

Toute personne qui refuse de

- remplir le questionnaire d'entrée pour accès à la salle d'injection,
- de prendre connaissance du règlement et de le signer

n'a pas accès à l'ensemble du lieu.

Nous lui proposons de revenir lorsqu'elle sera prête à prendre du temps pour le faire.

### **Rappel de mesures d'hygiène en salle d'injection**

---

**Vous respectez les règles d'hygiène, SI :**

- **Vous vous lavez les mains avant l'injection**
- **Vous utilisez une cuillère propre, décontaminée**
- **Vous utilisez une seringue et une aiguille stériles**
- **Votre peau a été soigneusement désinfectée avec le coton alcoolisé, avant l'injection**
- **Vous ne mettez pas l'aiguille en bouche, avant et après l'injection (car salive contient 250 germes différents)**
- **Vous ne réutilisez pas un coton-filtre usagé, provenant de l'extérieur**
- **Vous laissez le coton-filtre utilisé dans la cuillère (reprise après emploi par le personnel)**
- **Vous utilisez de l'eau stérile ou de l'eau courante**

**Enfin, après votre injection, avant de quitter la salle :**

- **Vous vous lavez les mains (savon et alcool)**

# Les points d'injection

Les points refusés à Quai 9

- le visage : fragile car beaucoup de petites veines où peuvent se créer des thromboses (veines bouchées)
- les parties génitales
- interdiction qu'un tiers face une injection dans le cou d'une personne. Par contre, possibilité de se faire soi-même l'injection dans le cou.

Pourquoi injecter en direction du cœur ?

Si le produit est injecté à contre-courant (contrairement au sens du sang qui monte vers le cœur), cela crée des tourbillons qui peuvent générer des caillots de sang qui obstruent la veine. Ce type d'injection peut également abîmer les valves, valves supprimées empêcher le reflux du sang.

Cou

l'aiguille peut toucher l'artère qui se trouve juste derrière la veine. Une injection dans l'artère peut provoquer une dilatation d'un bout de l'artère et partir sous forme de caillot directement dans le cerveau.  
 - l'injection dans le bas du cou peut toucher les poumons : si un des deux poumons est touché, grande douleur, celui-ci se rétracte et n'est plus fonctionnel pendant un temps donné.  
 - si la thyroïde est touchée, grand saignement.

Aisselles

dangereux car risque de toucher un nerf et l'articulation de l'épaule. Région peu propre, à bactérie donc risque d'infection

Mains

une injection dans les mains qui tourne mal va infecter l'entourage des tendons. Si dégradation de la situation, une opération est nécessaire afin de nettoyer la région pour rendre les tendons mobiles, sinon, immobilité des doigts.

Aine

en partant de l'intérieur de l'aîne vers l'extérieur nous avons : la Veine, l'Artère puis le Nerf. Par le toucher, nous sentons l'artère qui indique qu'en dessous, il y a la veine pour injecter.  
 - région à éviter car pleine de bactéries puisque proche de la sphère uro-génito-anal → risques élevés d'infections

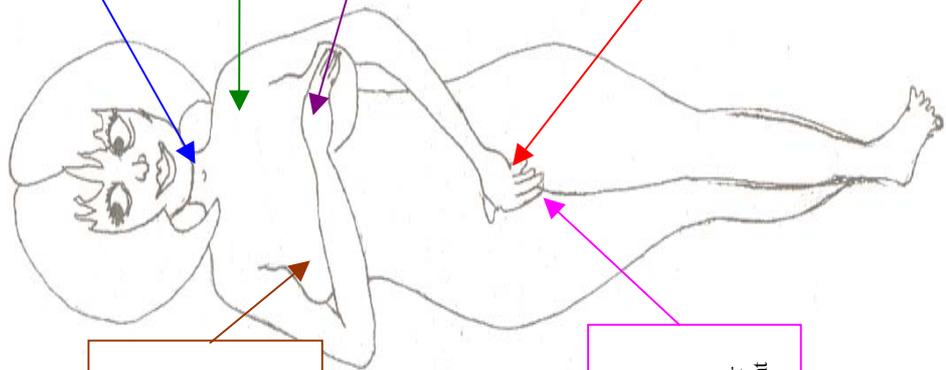
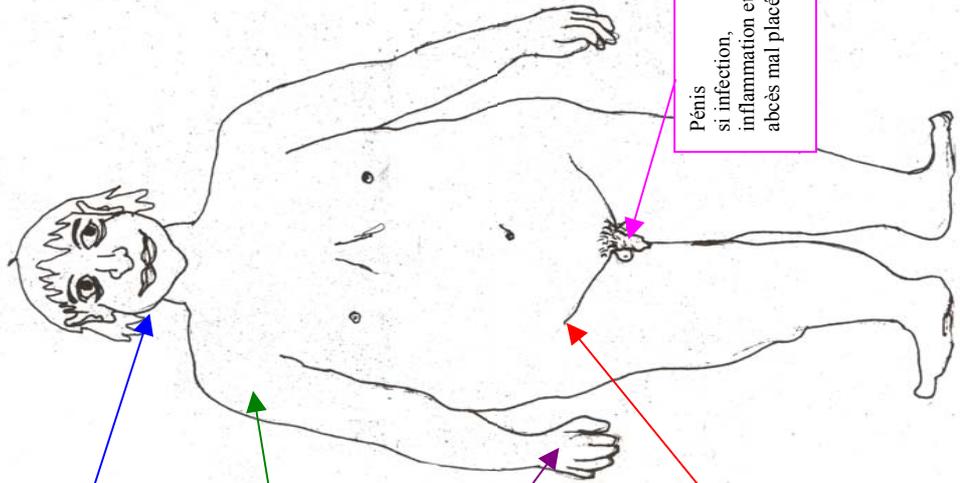
Seins

région très irriguée et dangereuse car l'injection peut créer des abcès profonds non visibles

Vulve

infections avec graves conséquences. Difficile de voir l'infection de par son emplacement

Pénis  
si infection, inflammation et abcès mal placé!



# Dernières parutions

Disponibles sur [www.iumsp.ch](http://www.iumsp.ch)

- N° 95b *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004*
- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA. Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.*
- N° 96 *Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A. avec la participation de Thomas R. Evaluation de la mise en oeuvre du programme VIH/SIDA de 1999 à 2003 : L'utilisation des offres de prévention et du matériel. Lausanne : IUMSP, 2004.*
- N° 97 *Klaue K. Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Jeunes: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004.*
- N° 98 *Meystre-Agustoni G. Populations particulières et prévention du VIH/SIDA. Les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne: IUMSP, 2004.*
- N° 99 *Balthasar H. Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Les jeunes homosexuels et bisexuels masculins: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004.*
- N° 100 *Huissoud T, Solai S, Dubois-Arber F. Evaluation du projet UniSET. Lausanne : IUMSP, 2004.*
- N° 101 *Zobel F., Ramstein T, Arnaud S. Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances. Lausanne : IUMSP, 2004*
- N° 102 *Solai S, Benninghoff F, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève. Deuxième phase 2003. Lausanne : IUMSP, 2004*

**Service d'édition et de diffusion - SED  
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine  
et santé communautaires DUMSC  
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne  
Téléphone                   ▪ ▪ 41 21 314 49 80  
Téléfax                       ▪ ▪ 41 21 314 48 87  
e-mail                         jennifer.knopf@hospvd.ch