

Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Freya Vander Laenen

Pablo Nicaise

Tom Decorte

Jessica De Maeyer

Brice De Ruyver

Pierre Smith

Laurens van Puyenbroeck

Louis Favril

Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium

© Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018

CONTACT

- Général: Freya Vander Laenen (freya.vanderlaenen@ugent.be)
- Cadre juridique: Laurens van Puyenbroeck (laurens.vanpuyenbroeck@ugent.be)
- Gand et Anvers: Louis Favril (louis@favril@ugent.be)
- Bruxelles, Charleroi et Liège: Pierre Smith (pierre.smith@uclouvain.be)

Rapport complet disponible à: <https://biblio.ugent.be/publication/8546539>

CONTEXTE

Les usagers de drogues illicites (UDI) font l'expérience d'un vaste ensemble de dommages liés à cette consommation de drogues. Dans le monde entier, les Etats ont, depuis de nombreuses années, développé diverses options politiques en matière de drogues qui visent à réduire de tels dommages, lesdites politiques de *Réduction des risques* (Csete et al., 2016; Strang et al., 2012). Cette composante désigne les politiques, les programmes et les pratiques visant principalement la réduction des conséquences négatives connexes à l'usage de drogues psychoactives, légales ou illégales, sur les plans sanitaire, social et économique, sans pour autant viser la réduction de la consommation elle-même. La Réduction des Risques est basée sur un modèle de santé publique dont l'objectif premier est d'améliorer l'état de santé et de bien-être des usagers de drogues tout en réduisant les dommages pour la population et la société. Il s'agit donc d'un complément aux approches qui visent la prévention et la réduction de l'usage de drogues en général (EMCDDA, 2010).

Des organisations internationales considèrent les interventions de Réduction des risques comme des *good practices*. Celles-ci incluent les traitements de substitution aux opiacés, les programmes d'échange et d'accès aux seringues et aux aiguilles, ou les traitements par délivrance d'héroïne contrôlée. L'une des interventions spécifiques de Réduction des Risques sont les *salles de consommation à moindre risque* (SMCR), que l'on définit comme des lieux reconnus légalement, offrant un environnement hygiéniquement sûr, où des individus peuvent consommer les drogues qu'ils ont obtenues préalablement, sans jugement moral, et sous la supervision d'un personnel qualifié. Bien que les SMCR peuvent varier quant à leurs procédures opérationnelles et leurs modèles de fonctionnement, leurs objectifs sont similaires. La finalité générale des SMCR est d'entrer en contact avec les populations d'UDI les plus à risque et de répondre à leurs problèmes, principalement les usagers injecteurs et ceux qui consomment en public. Pour cette population, les SMCR visent à réduire les risques de transmission d'infections, ainsi qu'à diminuer les problèmes de morbidité et de mortalité liés aux overdoses et aux autres dommages associés à l'usage de drogues en milieu non-hygiénique ou peu sûr. En plus de ces objectifs sanitaires, les SMCR visent également à réduire les nuisances liées à l'usage de drogues dans des lieux publics et de diminuer la présence de seringues et d'aiguilles usagées sur la voie publique, ainsi que d'autres problèmes d'ordre public en relation avec les scènes ouvertes de consommation de drogues. Ainsi, les SMCR visent à diminuer les conséquences négatives de l'usage de drogues illicites, tant au plan individuel que social.

De tels services de Réduction des Risques sont opérationnels depuis 1986. En 2017, l'Europe compte 90 SMCR officielles dans huit pays: au Danemark, en Norvège, en Espagne, en Suisse, et dans les quatre pays voisins de la Belgique: en France, en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Des preuves scientifiques substantielles ont été obtenues au cours des trente dernières années à propos de l'efficacité des SMCR. Malgré des différences opérationnelles, on a montré des effets positifs des SMCR tant pour les UDI que pour la population générale, en particulier lorsqu'elles sont intégrées dans le tissu des autres services d'assistance locale. En outre, la fréquentation et l'utilisation des SMCR ont été associées à une réduction significative des accidents par overdose et des problèmes liés à l'échange de seringues usagées, des blessures par injection, sans pour autant engendrer une augmentation du nombre d'UDI et sans affecter les taux de rechute. Les SMCR constituent aussi un point d'entrée important vers les services de soins et autres services sociaux pour usagers de drogues. Sur le plan social, la mise en place de SMCR a permis d'améliorer l'ordre public en réduisant la présence de déchets liés à l'injection sans pour autant avoir augmenté la criminalité associée à l'usage de drogues. Ainsi, les SMCR ont été évaluées comme ayant atteint leurs objectifs de santé et de sécurité publique, et trouvent donc leur place dans l'ensemble des services destinés aux UDI (Kennedy, Karamouzian, & Kerr, 2017; Potier *et al.*, 2014).

Cependant, malgré l'abondance de preuves scientifiques, la mise en place de SMCR reste un sujet très controversé, bien que ce soit à l'agenda politique d'un grand nombre de pays dans le monde (par ex. en Irlande, en Ecosse, ou aux Etats-Unis). Pourtant, à ce jour, il n'existe pas de SMCR en Belgique. La Cellule Générale de Politique Drogues a publié un document de travail en 2016 à ce sujet (CGPD, 2016). Ce document s'interroge sur la faisabilité et les conditions préalables à remplir pour la mise en place de SMCR en Belgique, avec une attention spécifique aux besoins et aux aspects organisationnels, budgétaires et légaux. Une des sept conclusions finales du document était qu'une étude de faisabilité était nécessaire si l'on voulait mettre en place de telles SMCR. C'est donc dans ce contexte que la Politique Scientifique Fédérale (BELSPO) a commandité, pour la première fois, une recherche évaluant cette faisabilité en Belgique.

OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de cette étude est d'examiner les conditions préalables, en ce compris légales, et les modalités opérationnelles à prendre en compte qui permettraient d'inclure les SMCR dans le continuum d'initiatives destinées aux UDI dans les cinq grandes villes belges: Gand, Anvers, Bruxelles, Charleroi et Liège. Les objectifs secondaires sont de quatre ordres: (1) fournir une revue actualisée des barrières et facilitateurs des modèles de SMCR dans le monde et de leurs effets, en particulier des SMCR qui ont été mises en place dans les quatre pays voisins de la Belgique; (2) analyser le cadre légal belge et les conditions qui permettraient la mise en place des SMCR en Belgique; (3) réaliser une étude de faisabilité auprès des acteurs locaux, professionnels et usagers, dans les cinq villes concernées; et (4) formuler des recommandations spécifiquement adaptées au contexte belge.

En 2017, des visites de sites et des interviews avec les gestionnaires locaux de SMCR ont été menées à Paris, Francfort, Amsterdam et Luxembourg. De juillet à septembre, un total de 46 entretiens individuels semi-structurés a été réalisé avec divers professionnels (recrutés dans l'ensemble des secteurs concernés: juristes et acteurs du système judiciaire, police, professionnels de la santé mentale, travailleurs sociaux, acteurs spécialisés en matière d'assuétudes, services d'outreach et services de Réduction des Risques) dans chacune des villes concernées, en vue d'identifier les conditions préalables à remplir, les préférences pour diverses variantes et options de SMCR, et diverses considérations organisationnelles et opérationnelles. En outre, un groupe focal a été organisé dans chacune des villes avec des UDI: au total, 62 usagers ont participé à l'un des cinq groupes focaux.

Il est important de souligner que la présente étude de faisabilité n'avait pas pour but d'évaluer l'éventuel *besoin* de SMCR en Belgique ou dans l'une des cinq villes concernées, ni de mesurer le (absence de) *soutien* des acteurs locaux concernés à l'établissement de SMCR. Nous avons en revanche investigué les options et scénarios possibles pour une SMCR en Belgique, en considérant leurs avantages et leurs inconvénients, au cas où l'on devait considérer nécessaire d'en établir. Si une ville belge souhaite aller de l'avant dans le cadre d'une telle démarche, la présente étude lui fournit des recommandations pratiques empiriquement fondées. Les recommandations sont classées en quatre catégories: (1) les conditions préalables essentielles à remplir; (2) les considérations à prendre en compte pour la mise en place d'une SMCR; (3) le processus de mise en œuvre; et (4) l'évaluation et le monitoring.

RECOMMANDATIONS

1. CONDITIONS PRÉALABLES ESSENTIELLES À REMPLIR

Cadre juridique

L'établissement d'un cadre juridique clair est une condition préalable essentielle pour la mise en place de SMCR en Belgique. D'une part, la Belgique s'est engagée à respecter de bonne foi les trois Conventions fondamentales des Nations-Unies en matière de contrôle des stupéfiants. Cela inclut l'obligation de respecter les principes prohibitionnistes inscrits dans l'article 4 de la Convention de 1961, qui requiert des parties de prendre les mesures législatives et administratives nécessaires en vue de limiter exclusivement l'usage et la possession de drogues aux utilisations médicales et scientifiques. Toutefois, comme ces Conventions sont des *Traités visant la protection de la santé*, elles ne constituent pas un obstacle légal à la mise en œuvre des SMCR, tant que ces dernières—en tant que dispositif de Réduction des Risques—ont pour objectif de diminuer les conséquences négatives connexes de l'usage problématique de drogues. Cela n'implique pas seulement la nécessité de prendre en compte le cadre légal international (y compris le Droit non-contraignant) sur la Réduction des Risques (telles que les Résolutions des Nations-Unies UNGASS 1988 and UNGASS 2016, ou le Plan d'Action de l'Union Européenne 2017–2020), mais aussi le besoin de fonder la mise en place des SMCR sur un cadre juridique qui exprime clairement l'orientation de celles-ci envers la santé et le bien-être des usagers dans une approche intégrée (qui offre également des services de traitement et des services d'intégration sociale). Dans ce contexte, les SMCR peuvent rencontrer les exigences de l'OICS (comme celui-ci l'a exprimé dans ses rapports les plus récents) et ne violent pas le cadre juridique international.

Une autre raison pour laquelle un cadre juridique solide est indispensable vient du fait que la mise en place de SMCR en Belgique pourrait soulever un certain nombre de questions légales, en particulier en ce qui concerne leur potentiel effet "facilitateur", la "possession illégale" de substances par les utilisateurs du service, et d'éventuelles inquiétudes en matière de sécurité et d'ordre publics. Il est donc nécessaire qu'une éventuelle stratégie visant la mise en place de SMCR prenne en compte de telles questions juridiques en vue d'offrir une protection légale maximale aux SMCR (et à leur gestion), à leur personnel et à leurs utilisateurs.

Trois options sont envisageables sur le plan légal afin de permettre la mise en place de SMCR en Belgique. Ces options correspondent à trois contextes de faisabilité distincts en termes de temporalité

pour leur mise en action et de niveau de support politique. Une *première option* serait de prévoir une exception explicite pour la mise en œuvre des SMCR au principe inscrit à l'article 3, paragraphe 2, de la loi du 24 février 1921. Cette option implique un processus de plus long terme, et requerrait dès lors un haut niveau de support politique (un tel changement législatif supposerait en effet la signature des Ministres de la Justice et de la Santé Publique). Si un statut de reconnaissance ou de protection devait être établi, on pourrait recommander de s'inspirer de la solution législative qui a été réalisée en France, qui constitue un bon exemple de la manière dont une législation primaire (qui permettrait l'établissement de SMCR et qui offrirait une protection juridique aux utilisateurs et au personnel dans la loi du 24 février 1921) peut être combinée avec une législation secondaire (en stipulant les conditions préalables et les critères à remplir pour la protection juridique d'une SMCR dans un Arrêté Royal). A ce niveau, les 10 critères minimaux qui ont été introduits dans la législation allemande peuvent également être considérés comme une source utile d'inspiration.

S'il ne s'avérait pas possible d'envisager une protection statutaire par une modification de la législation primaire—ou dans l'attente du processus législatif—une *deuxième option* pour mettre en place des SMCR serait de modifier l'interprétation de l'article 3, §2 de la loi du 24 février 1921 par un Arrêté Royal qui spécifierait que ces services constituent une mesure spécifique de Réduction des Risques visant la protection de la santé des utilisateurs, ce qui justifierait une exception valide à l'application des peines mentionnés dans cet article 3, § 2 (a), ce qui, en soi, offrirait un degré de protection juridique significatif contre les poursuites malgré la loi actuelle. Cette deuxième option implique un processus à moyen terme, et requiert un moindre niveau de support politique (un tel Arrêté Royal ne requiert que la signature du Ministre de la Santé Publique).

Enfin, une *troisième option*, réalisable à court terme et faisable même en l'absence d'un niveau de support politique important, consisterait à mettre en place des SMCR—sans changement de législation préalable—dans le cadre d'une expérimentation scientifique ou médicale temporaire. Une telle expérimentation-pilote ne serait pas seulement en accord avec les objectifs généraux des Conventions des Nations-Unies sur les Drogues, mais rencontreraient aussi les recommandations des résolutions UNGASS (de 1998 et de 2016) ainsi que la recommandation faite par l'OMS dans son guide technique de 2012 qui fixe les objectifs pour un accès universel aux modalités de prévention et de traitement du SIDA pour les usagers de drogues injecteurs. Etant donné la nature sensible des SMCR et ses implications politiques potentielles, il est toutefois fortement recommandé qu'une telle expérimentation pilote soit reconnue et autorisée par les autorités (par le Ministre de la Santé Publique).

Pour ce qui est de la troisième option, il convient de noter que bien qu'il n'y ai pas d'obstacle juridique à la création d'un cadre légal (souple), sa faisabilité et pérennité sont fortement dépendante du soutien des autorités judiciaires (au moins des autorités locales). De plus, il existe un risque de

poursuites judiciaires contre une telle décision ministérielle (de reconnaissance du projet pilote) au motif que cette décision est jugée incompatible avec la norme fédérale établie par la loi du 24 février 1921 (cependant, si une action en justice est intentée contre la décision ministérielle, il existe de solides arguments juridiques pour contester cette action en justice, compte tenu de l'objectif de santé publique des SMCRs et de sa compatibilité avec les conventions de l'ONU susmentionnées).

Quelle que soit l'option considérée, il est nécessaire de compléter le cadre juridique avec un amendement aux directives de poursuite en matière de délits liés aux drogues (cf. COL 15/2015) en vue de tolérer la possession de petites quantités de drogues illicites pour usage personnel pour les usagers utilisateurs du service. La politique de poursuite et les arrangements en conséquence au niveau des interventions et actions de la police devraient inclure des procédures claires concernant l'enregistrement des usagers, une définition et/ou des critères de délimitation du "périmètre" (à l'intérieur et dans les environs du service) au sein duquel la police n'interviendrait pas (ou interviendrait de manière adaptée), ainsi que les conditions préalables spécifiques à remplir pour une telle intervention adaptée, telles que l'absence d'indices de deal ou d'autres circonstances aggravantes comme des formes de nuisance publique. En outre, tout changement des règles de poursuite devraient intégrer de (nouvelles) règles concernant la saisie des substances (illicites) pour usage personnel au sein de la SMCR et du matériel destiné à l'usage (en plus de celles qui sont déjà exclues de saisie dans la circulaire COL 15/2015). Enfin, un protocole de coopération ou un accord entre les acteurs concernés est nécessaire à l'échelon local, comprenant les gestionnaires de la SMCR, les autorités administratives (le Bourgmestre), les autorités judiciaires (le Procureur et la police), et tous les services de traitement concernés (y compris les services médicaux).

En ce qui concerne les risques liés à la responsabilité légale médicale et aux éventuelles plaintes (en cas de décès ou d'accident de santé grave lié à la consommation de drogues), un certain nombre de mesures ont été identifiées, qui permettent de minimiser ces risques et qui offrent un niveau suffisant de protection pour le personnel, les utilisateurs et les autorités locales. Ces mesures incluent notamment la mise à disposition d'un environnement hygiéniquement sûr pour l'usage de drogues, un règlement d'ordre intérieur clair et des protocoles précis pour la gestion des situations à risque (en ce compris la manière de réagir à un accident par overdose). Enfin, un contrat entre la SMCR et ses utilisateurs doit stipuler la responsabilité de ces derniers. En particulier, ces règles doivent strictement limiter la nature de l'intervention que peut réaliser le personnel (médical) lors de la supervision de l'acte d'injection ou de consommation par les usagers. Toute forme d'assistance active au cours de cet acte d'injection ou de consommation doit être exclue, en conformité avec la position de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé. Une formation

spécifique pour le personnel travaillant dans et avec une SMCR devrait être dispensée à propos des critères de responsabilité (civile et pénale).

Recommandation 1: Etablir un cadre juridique clair

La mise en place de SMCR en Belgique requiert un cadre juridique qui définit clairement que leur finalité concerne la santé et le bien-être des UDI dans le cadre d'une approche intégrée. Trois options ont été identifiées permettant une reconnaissance légale des SMCR en Belgique, correspondant à trois contextes de faisabilité distincts en termes de temporalité et de niveau de support politique: (1) une modification de l'art. 3 § 2 de la loi du 24 février 1921 prévoyant une exception explicite pour la mise en œuvre des SMCR, (2) une modification de l'interprétation de l'art. 3 §2 de la loi du 24 février 1921 par un Arrêté Royal, et (3) la reconnaissance des SMCR dans le cadre d'une expérimentation scientifique ou médicale temporaire. Dans les trois cas, il est également nécessaire d'amender les directives de poursuites en matière de délits liés aux drogues. Enfin, il est indispensable de prendre un large éventail de mesures en vue de minimiser les risques de responsabilité (civile et pénale) et d'offrir un niveau de protection suffisant pour le personnel, les utilisateurs et les autorités locales.

Support politique et financement

Au-delà du cadre légal, la mise en place de SMCR requiert un niveau suffisant de support politique et, en conséquence, un financement adéquat. L'ensemble des autorités politiques concernées doivent soutenir la mise en place des SMCR. A ce niveau, l'ambivalence des autorités publiques peut être un problème important, étant donné que celles-ci tendent à agir que si l'opinion publique est en faveur de la mesure, et vice versa (Hyshka, Bubela, & Wild, 2013). Les expériences réalisées dans d'autres pays montrent que le développement des SMCR a été hautement politisé et que leur mise en place a souvent été contestée par des référendums publics ou attaquée devant les tribunaux malgré les preuves scientifiques démontrant leur efficacité (Semaan *et al.*, 2011). L'opposition politique peut sérieusement être un obstacle à la mise en place des SMCR. Le support politique aux SMCR provenant des autorités communales (ou locales) n'est pas suffisant, étant donné leurs implications légales (cf. RECOMMANDATION 1) et budgétaires. A ce propos, la mise en œuvre de nouveaux services nécessite un financement adéquat en provenance des autorités concernées au plan communal, régional et/ou national. Du point de vue des acteurs professionnels rencontrés dans notre étude, le financement des SMCR devrait principalement provenir des autorités régionales, ce qui pourrait constituer une difficulté en cas de résistance de la part de ces autorités ou des autorités communales concernées (des Bourgmestres). Le coût d'une SMCR dépend d'une multitude de facteurs, en ce compris sa localisation,

le type de service considéré (service à part entière ou intégré dans un service existant), la taille et la capacité de la salle, ses heures d'ouverture et de fonctionnement, la composition du personnel, ou encore les fonctionnalités et ressources offertes. Etant donné que les SMCR sont efficaces du point de vue des coûts (Andresen & Boyd, 2010; Andresen & Jozaghi, 2012; Bayoumi & Zaric, 2008; Pinkerton, 2010, 2011), et peuvent dès lors être une approche utile pour les UDI les plus à risque, le financement adéquat des SMCR est une condition essentielle.

Recommandation 2: Un soutien politique suffisant et un financement adéquats sont des conditions préalables essentielles à la mise en place de SMCR

Le soutien politique, en provenance des autorités concernées au plan communal, régional et fédéral, ainsi que le soutien financier (d'au moins une) de ces autorités sont des conditions préalables essentielles pour permettre la mise en place de SMCR en Belgique.

2. CONSIDERATIONS CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UNE SMCR

Raisons d'établir une SMCR et relations avec le secteur judiciaire

Bien que les professionnels des cinq villes concernées mentionnent diverses raisons qui justifieraient la mise en place de SMCR, la raison principale est l'amélioration des conditions de santé et de sécurité des UDI. La plupart d'entre eux soulignent qu'une SMCR fournirait l'occasion de diffuser des messages de promotion de la santé, de donner des soins et de favoriser l'entrée en contact avec des services de traitement. En particulier, un grand nombre d'acteurs mentionnent le potentiel de ce dispositif pour atteindre les individus les plus à risque qui ne sont actuellement pas en contact avec les services existants ou qui n'ont pas confiance en ceux-ci. La réduction des nuisances et l'amélioration de la sécurité publiques sont également mentionnées comme importantes, bien que dans une moindre mesure. Ces points de vue correspondent à ceux des UDI, qui considèrent avant tout les SMCR comme des lieux sûrs et tranquilles pour consommer leurs drogues dans un environnement hygiéniquement adéquat. En effet, pour les utilisateurs de SMCR, le service est souvent perçu comme un "refuge" ou "un lieu sûr". Une enquête réalisée à Sydney a montré que deux-tiers des utilisateurs utilisaient le service car celui-ci était plus sûr et propre qu'un lieu public, que de l'assistance y était disponible en cas d'overdose, et que du matériel stérile y était fourni (NCHECR, 2007). Une autre étude réalisée aux Pays-Bas a montré que les raisons principales pour lesquelles les usagers fréquentaient la SMCR étaient la sécurité, les interactions sociales, et le fait d'éviter la police (Peacey, 2014).

Recommandation 3: Une SMCR doit d'abord avoir pour objectif la santé et la sécurité des UDI

Une SMCR doit avant tout être mise en place avec une finalité d'amélioration de la santé et de la sécurité des UDI locaux, en proposant un environnement sûr et hygiénique pour l'usage de drogues sous la supervision d'un personnel spécifiquement formé, et permettant aux usagers de reprendre contact avec les services sociaux et de santé. En outre, un deuxième objectif est de réduire les nuisances et d'améliorer la sécurité publique.

En ce qui concerne les relations avec la police, un grand nombre de participants aux groupes focaux ont manifesté leur inquiétude vis-à-vis de la présence policière autour d'une SMCR. Pour des raisons évidentes, les UDI signalent qu'ils ne fréquenteraient probablement pas une SMCR s'ils risquaient d'y être arrêtés. La littérature scientifique va dans le même sens en indiquant que les UDI sont méfiants à l'égard des services de Réduction des Risques par crainte de la répression et des arrestations (Rhodes *et al.*, 2006; Small *et al.*, 2007). Les acteurs interviewés disent que des accords clairs (le plus souvent sous la forme de protocoles écrits) sont certainement possibles puisqu'ils existent dans les différentes villes pour d'autres services de Réduction des Risques. Cependant, ils conçoivent bien la nature "controversée" des SMCR, et considèrent de tels accords et partenariats comme essentiels pour la mise en œuvre, la réussite et la pérennité des SMCR. En effet, la bonne collaboration entre le secteur judiciaire et le secteur de la santé publique s'avère être une condition essentielle, et assure que les pratiques policières n'interfèrent pas avec de telles initiatives, mais au contraire, qu'elles se renforcent mutuellement (Mitra & Globerman, 2016). Particulièrement pour les SMCR, le succès est lié à des accords clairs et de bonnes relations de collaboration avec les services du secteur judiciaire (DeBeck *et al.*, 2008). Dans la grande majorité des pays où des SMCR sont établies, des accord locaux ont été passés par lesquels la police accepte de ne pas cibler les usagers dans les environs du service, ni de surveiller les allées et venues dans la salle afin de ne pas dissuader les utilisateurs, bien qu'elle continue de lutter contre toutes les autres formes de criminalité dans le voisinage, et qu'elle maintient des relations étroites avec le service pour lui prêter assistance si les circonstances le demandent (Wood *et al.*, 2004c). Particulièrement, la police doit s'engager à opérer de manière claire et cohérente vis-à-vis de la SMCR, en y envoyant les usagers lorsque c'est approprié (sans recourir à la force), et en établissant aussi un partenariat avec les gestionnaires de la SMCR pour faire face à d'éventuels attroupements indésirables et/ou à la présence de dealers dans une zone déterminée autour de la salle. A Vancouver par exemple, la police est impliquée dans le projet *Insite*, et des protocoles explicites ont été mis en place pour clarifier son rôle vis-à-vis de la SMCR. Ceux-ci incluent les procédures pour les occasions où la police est amenée à pénétrer dans la salle (par exemple en cas d'urgence ou de

poursuite immédiate), et des procédures pour la manière dont la police peut agir à l'extérieur de la SMCR. La police et les gestionnaires d'*Insite* ont également établi des rencontres bihebdomadaires pour régler de manière concertée les cas de désaccord. Cette procédure s'est avérée efficace pour promouvoir la communication, résoudre les frictions et les conflits, et soutenir des relations positives entre la police et le personnel de la SMCR (Perks *et al.*, 2013).

La littérature scientifique internationale indique que, lorsque des accords et des procédures concertées sont pleinement établis, les acteurs du secteur judiciaire soutiennent généralement les SMCR, et contribuent à réorienter les UDI et leurs activités vers les SMCR. Il est donc essentiel—tant pour les utilisateurs potentiels que pour le bon fonctionnement d'une SMCR—que des accords locaux et des protocoles bien définis soient établis, comme c'est par ailleurs le cas pour d'autres initiatives de Réduction des Risques (Mitra & Globberman, 2016; Wood *et al.*, 2003). Cette implication et coopération de la police locale (avant même la mise en place de la salle) est recommandée en vue de s'assurer que la police en comprend les tenants et aboutissants et pour clarifier les rôles et responsabilités de chacun.

Recommandation 4: Des accords et des protocoles de coopération avec les acteurs du secteur judiciaire sont indispensables

Des accords de coopération clairs (formalisés dans un protocole écrit) avec la police locale et les acteurs du secteur judiciaire devraient être établis pour garantir la sécurité, que chacun se mette d'accord sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, et prévienne la crainte que des arrestations puissent dissuader les UDI d'utiliser le service, tout en permettant la lutte contre la criminalité dans le voisinage et le maintien de relations étroites entre le service et les forces de l'ordre.

Groupe-cible et critères d'admission

Âge

Selon la logique appliquée à d'autres programmes de Réduction des Risques, qui le plus souvent limite formellement l'accès aux personnes majeures (Fletcher & Krug, 2012), une grande majorité des SMCR établies dans le monde excluent les individus en dessous de 18 ans (Schatz & Nougier, 2012; Woods, 2014). Pourtant, la recherche montre que les jeunes UDI ont plus souvent tendance à adopter des comportements de consommation à haut risque que les consommateurs plus âgés ou plus expérimentés, y compris le partage d'aiguilles et de matériel de consommation, ce qui augmente les risques de transmission d'infections et d'autres incidents (Barrett, Hunt, & Stoicescu, 2013; Hadland *et al.*, 2014). Étant donné que presque partout, les mineurs sont exclus des SMCR, les preuves scientifiques de l'efficacité de ces services sont essentiellement limitées à la population adulte, et on

sait peu de chose quant à la faisabilité ou l'impact de ces dispositifs pour les mineurs (Hunt, 2008). En ce qui concerne les cinq grandes villes belges, la plupart des répondants (tant les professionnels que les UDI) pensent qu'être âgé de 18 ans ou plus ne devrait pas nécessairement constituer un critère d'admission dans une SMCR, ce qui est consistant avec des études récentes (Watson *et al.*, 2015). Plusieurs répondants pensent que les mineurs devraient préférentiellement être renvoyés vers d'autres services de traitement spécialisés. Toutefois, certains pensent qu'une telle limite d'âge laisse sur le côté un groupe de population très limité en nombre, mais particulièrement vulnérable. Les UDI mineurs ont également besoin d'accéder à des services appropriés, et restreindre l'accès aux SMCR pourrait les exposer à des risques encore plus élevés qu'au sein des SMCR, et constituerait un obstacle à l'accès à d'autres services disponibles. D'autres limites d'âge (par exemple 21 ou 26 ans) n'ont pas été mentionnées par les personnes rencontrées; en signalant que l'usage de drogues peut se produire à tout âge, les répondants tendent à considérer que la durée de consommation (problématique) est bien plus importante que l'âge biologique des utilisateurs potentiels.

Mode de consommation

De manière récurrente, la plupart des répondants, (UDI et professionnels) considèrent que ni le type de drogue illicite (par exemple l'héroïne ou les amphétamines), ni le mode d'administration (que ce soit en injection, en inhalation ou en fumée), ne devraient constituer des critères d'exclusion. Toutefois, en ce qui concerne le mode d'administration, un certain nombre de participants déclare que *l'injection* devrait être la cible principale des SMCR—surtout si des choix doivent être posés pour des raisons de limites budgétaires—les usagers injecteurs étant considérés comme une population "à haut risque et à hauts besoins". On souligne cependant que la mise à disposition d'espaces de consommation pour non-injecteurs n'est pas seulement une facilité pour les besoins de la population d'usagers non-injecteurs, mais peut également faciliter la transition de l'injection vers des modes de consommation moins risqués pour les usagers injecteurs (Bridge, 2010). De manière consistante avec d'autres recherches (Watson *et al.*, 2013), les UDI rencontrés dans les groupes focaux marquent une nette préférence pour des espaces adaptés à l'injection et à la fumée au sein du même service, bien que physiquement séparés—ce qui est un dispositif assez courant pour les SMCR en Europe (EMCDDA, 2017). Cette séparation est principalement justifiée par des effets différents pour ces modes de consommation, ainsi s'avère plus confortable vis-à-vis de l'exposition des utilisateurs à ces différentes méthodes de consommation.

Critère de résidence locale

Un autre sous-groupe d'UDI qui se trouve souvent exclu de l'accès aux SMCR est celui des non-résidents. Ce point a aussi été évoqué par les acteurs rencontrés pendant l'étude. La raison pour laquelle on exclut les non-résidents est la crainte d'un effet d'"appel d'air" ou d'attraction d'UDI en provenance d'autres villes. De fait, pour éviter l'attraction d'usagers de drogues dans les environs des SMCR, les salles ouvertes en Suisse et aux Pays-Bas sont souvent interdites aux non-résidents du quartier où elles sont installées (Schatz & Nougier, 2012). Toutefois, un inconvénient important de l'application de ce critère est d'exclure d'autres groupes particulièrement vulnérables, comme les migrants sans-papiers, les réfugiés, ou les sans-abri. Un certain nombre de répondants ont ainsi indiqué qu'un tel critère n'était pas nécessaire, les UDI ne parcourant de toute façon pas de grandes distances pour consommer. De plus, le processus d'admission lors du premier contact semble suffisant pour éviter les éventuelles situations indésirables. D'autres critères d'admission qui ont été adoptés dans d'autres pays concernent spécifiquement les sans-abri, ou l'exclusion de personnes qui suivent un traitement de substitution aux opiacés. Ces critères n'ont cependant pas été retenus par les acteurs rencontrés, au contraire.

Résumé

Les modalités opérationnelles des SMCR varient d'un pays à l'autre—certains pays ayant des critères d'admission plus souples (par exemple, l'Allemagne ou l'Australie), d'autres pays étant plus ciblés et restrictifs (par exemple, les Pays-Bas ou la Suisse). Les décideurs locaux mettent ainsi la priorité à une couverture et un accès plus large, ou plutôt aux besoins des plus importants. Les choix politiques locaux sont aussi déterminés par l'inquiétude d'un effet d'attraction des SMCR. Sur base de notre étude, nous concluons plutôt qu'en vue de rester dans une approche à bas-seuil, les SMCR ne requièrent pas un grand nombre de critères et de conditions, afin d'atteindre le plus grand nombre d'utilisateurs potentiels possibles. Deux critères d'exclusion sont cependant fréquemment mentionnés par les professionnels dans les cinq villes: l'exclusion des mineurs d'âge (en-dessous de 18 ans) et les non-résidents locaux (en particulier à Gand et à Anvers). Les personnes interviewées ont toutefois souligné l'importance de la flexibilité pour l'application des critères d'admission et des règles, par exemple vis-à-vis des utilisateurs déjà intoxiqués, des femmes enceintes ou des utilisateurs/injecteurs débutants. Pour tous ces profils d'UDI à haut-risque, des mesures et des protocoles spécifiques devraient effectivement être mis en place (BCCSU, 2017). Ces sous-groupes d'UDI ne devraient pas, *a priori*, se voir refuser l'accès aux SMCR, ces groupes ayant également besoin d'accéder à un environnement sûr et hygiénique pour la consommation, et la SMCR constituant aussi pour eux l'opportunité de diffuser des informations appropriées et un accès à d'autres services.

Recommandation 5: Une SMCR doit clairement définir son groupe-cible d'utilisateurs et ses critères d'admission

Le groupe-cible des SMCR doit inclure les utilisateurs à haut risque et les UDI difficiles à atteindre. Une SMCR doit préserver un équilibre entre sa nature de service à bas-seuil (accessible avec le moins de barrières possibles) et la définition claire de ses critères d'éligibilité (par exemple, les individus âgés de 18 ans et plus, et les résidents). Une attention spécifique devrait être accordée aux groupes d'UDI à haut-risque et aux groupes les plus vulnérables, tels que les utilisateurs déjà intoxiqués, les femmes enceintes, et les primo-utilisateurs. Idéalement, les SMCR devraient pouvoir accueillir tant les utilisateurs injecteurs que les non-injecteurs au sein d'un même service, malgré la possibilité d'une forme de séparation physique de ces espaces.

Localisation

Le choix d'une localisation adaptée pour une SMCR est important en vue de son efficacité. Les facteurs qui poussent les acteurs concernés (locaux) à envisager la mise en place d'une SMCR, tels que la présence de niveaux élevés de consommation de drogues sur la voie publique ou de nuisances publiques associées, ou encore une prévalence élevée de problèmes de santé et d'incidents liés à cette consommation, doivent contribuer aussi au choix le plus approprié pour sa localisation. Les SMCR sont généralement installées à proximité des scènes ouvertes et dans les zones où l'on sait qu'il existe depuis longtemps un marché de vente de drogues. La proximité de ces endroits où les usagers achètent les produits est un facteur important pour l'utilisation d'une SMCR (Hedrich, 2004). Il est important de souligner que les tentatives de relocalisation des scènes et des populations d'usagers par la délocalisation des SMCR ou leur installation éloignée des lieux de marché n'ont pas fonctionné et provoquent une utilisation réduite de ces services (Hunt, 2008). Au cours des interviews, divers points de vue ont été exprimés quant aux meilleurs endroits pour l'installation des SMCR dans les différentes villes. Pour certains, les SMCR devraient être situées dans le centre-ville (par exemple, à Gand et à Liège): une situation centrale, à proximité d'autres services, augmenterait la probabilité que les UDI utilisent ces services. Toutefois, une situation centrale pourrait aussi engendrer une concentration des services dans un seul quartier et la négligence d'autres zones. Ainsi, pour d'autres, il serait préférable que les SMCR soit établies dans des zones spécifiques, loin des centres-villes, ce qui aurait l'avantage d'une meilleure répartition géographique et ce qui pourrait permettre de déstigmatiser certains quartiers. Il ne faut toutefois pas que les SMCR soient dès lors moins accessibles pour les utilisateurs, ou trop éloignées des autres services (Bardwell *et al.*, 2017). Quelle que soit la localisation jugée préférable dans chaque ville, la considération à prendre principalement en compte, tant pour les

professionnels que pour les UDI, est la facilité d'accès, et non la (dé-)centralisation du lieu. Une partie des utilisateurs potentiels des SMCR ne s'y déplacerait pas si elles étaient trop éloignées ou difficiles à atteindre. Plusieurs études (Petra et al., 2007) indiquent que les UDI ne se déplacent pas volontiers pour aller utiliser une SMCR—ce qui signifie que la localisation et l'accessibilité d'une SMCR est un critère important à prendre en considération. Ceci est confirmé par les UDI rencontrés lors des groupes focaux, et mis en relation avec les symptômes de manque qui influencent leur bonne volonté à se déplacer pour fréquenter une SMCR. Le déplacement engendre des désagréments et des coûts de transport supplémentaires, souvent décrits comme un obstacle.

Recommandation 6: La localisation d'une SMCR doit être facilement accessible pour sa population-cible

La localisation et le quartier d'installation de la SMCR doivent être soigneusement choisis. Quelle que soit cette localisation dans chaque ville, la considération principale à prendre en compte doit être son accessibilité pour les utilisateurs, indépendamment de sa (dé-) centralisation.

Intégration d'une SMCR: modèles et services

Tous les professionnels rencontrés ont souligné qu'une SMCR devait être intégrée à une stratégie locale de gestion de la problématique-drogues, et donc, qu'une SMCR devait être une option au sein d'un continuum de services pour UDI comprenant non seulement les services spécialisés en matière d'assuétudes, mais aussi l'ensemble des services psycho-sociaux et médicaux. En effet, les données scientifiques disponibles suggèrent que ces salles doivent faire partie d'une politique intégrale en matière de drogues pour répondre adéquatement et efficacement aux problèmes et dommages individuels et collectifs liés à ces consommations (EMCDDA, 2010, 2017; Kennedy et al., 2017).

Recommandation 7: Une SMCR doit faire partie d'une stratégie intégrée et intégrale de la problématique-drogues

Une SMCR doit être une part intégrante d'une stratégie locale, régionale et nationale intégrale de la problématique-drogues, qui inclut un large éventail de services de santé, de traitement et de support sociale et qui répond à la diversité des besoins individuels et collectifs résultant de l'usage de drogues illicites.

Cependant, les points de vue recueillis dans les cinq grandes villes belges étaient plus contrastés quant à décider si une SMCR devait être *physiquement* intégrée au sein d'un service déjà existant, ou plutôt constituer un service à part entière, intégré au sein du réseau de services en place. D'une part, (une majorité de) professionnels locaux sont en faveur d'une intégration physique de la salle au sein d'un service existant; la plupart du temps au sein de services à bas-seuil et de services de Réduction des Risques (tels que les MASS, Transit ou le CASS), et dans une moindre mesure, au sein d'un hôpital. En général, les SMCR intégrées au sein d'un autre service (ce qui est le cas le plus courant en Europe) recèlent un certain nombre d'avantages en comparaison avec le modèle "à part entière". Par exemple, le modèle de service intégré est souvent considéré comme une bonne pratique car les utilisateurs peuvent ainsi accéder à un ensemble plus large d'interventions sous le même toit. En comparaison avec un service à part entière, les salles intégrées semblent aussi faciliter le contact des usagers avec les autres services sociaux et de santé disponibles, et diminue donc le seuil d'accès (tant en distance qu'en durée) à ces autres services; réduisant dès lors les ruptures de liens avec les soins, facilitant l'accès et améliorant la continuité des soins. En effet, plusieurs études indiquent que les programmes à bas-seuil qui sont offerts au sein des SMCR parviennent à établir le contact avec les UDI les plus à risque et à les remettre en contact avec les services de soins et de traitement spécialisés (Kimber *et al.*, 2008; Toth *et al.*, 2016; Wood *et al.*, 2006b; Wood *et al.*, 2007). Les professionnels rencontrés pendant les interviews mettaient clairement en avant ces avantages.

De plus, selon ces acteurs, un avantage majeur d'une SMCR intégrée est de permettre le partage de ressources et d'expertises, telles que le bâtiment et le personnel. Cela permet au personnel de circuler entre sous-services (la SMCR et d'autres dispositifs), ce qui augmente leurs savoirs et réduit les risques de burnout, ce qui constitue encore un avantage d'une structure intégrée (Hunt, 2008). Dès lors, l'établissement et le fonctionnement de la SMCR sont aussi moins coûteuses que si elle part de zéro, notamment parce que les frais d'infrastructure (location du bâtiment) et de personnel peuvent être partagés. Les services à bas-seuil existants (par exemple les MASS, Transit, ou le CASS) ont été le plus souvent cités comme aptes à accueillir ce nouveau dispositif.

Cependant, un obstacle important pourrait être la promiscuité entre les utilisateurs de la SMCR et d'autres UDI qui fréquenteraient le service pour d'autres raisons. En effet, selon plusieurs répondants, si la formule intégrée aurait des avantages pour les UDI actifs, l'impact pourrait être négatif pour les autres usagers, en particulier ceux qui sont en traitement de substitution aux opiacés dans de tels services. Certains de ces usagers doivent se rendre chaque jour dans une MASS pour y recevoir de la méthadone ou de la buprénorphine. Cela devrait alors se produire en côtoyant la SMCR. La situation serait encore plus inconfortable pour des patients d'un service à visée de sevrage, s'ils devaient côtoyer des utilisateurs actifs fréquentant la SMCR dans le même bâtiment. On pourrait craindre alors des risques de rechute. De manière générale, un obstacle à l'intégration physique d'une

SMCR dans un autre service est le fait que des usagers de services de traitement expriment souvent ne plus vouloir côtoyer (ou être associés à) d'autres UDI. Dès lors, dans le cas d'un scénario visant l'intégration physique de la SMCR à un service à bas-seuil existant, les acteurs rencontrés soulignent clairement malgré tout le besoin d'espaces séparés pour la SMCR et pour les autres parties du service (consultations ou délivrance de produits de substitution), par exemple en utilisant des entrées différentes. Il est en effet important de clairement délimiter les espaces où la consommation de drogues est tolérée des espaces où elle ne l'est pas, de sorte que les usagers qui n'utilisent pas la SMCR, car ils ne sont pas des usagers actifs, puissent facilement l'éviter. A ce propos, une alternative est l'intégration de la SMCR à un hôpital. Le premier exemple connu de ce modèle est celui de l'hôpital Lariboisière à Paris, qui a ouvert une SMCR en Octobre 2016. Les avantages d'une telle intégration à un hôpital (avec une entrée totalement séparée) sont similaires à ceux de l'intégration à un service à bas-seuil (MASS), sans provoquer de mélange hétérogène entre les usagers actifs et les UDI qui fréquentent le service pour d'autres raisons que pour la consommation. Des UDI ont manifesté leur souhait que la SMCR soit installée dans l'hôpital (McNeil *et al.*, 2016; Ti *et al.*, 2015), cela peut donc aussi constituer une option faisable. Dans tous les cas, les services qui souhaiteraient mettre en place une SMCR en leur sein doivent être attentifs à ce que dispositif s'intègre correctement et soit complémentaire aux autres dispositifs et interventions (à bas-seuil) qui y sont offerts.

D'autre part, en partie pour les raisons mentionnées ci-dessus, certains professionnels ont explicitement marqué leur préférence pour une SMCR constituant un service à part entière, même si elle est gérée et exploitée par des services locaux existants. Leur argument principal est que la SMCR doit être dédiée à son activité centrale—l'acte de consommation—car "noyer" la salle avec des programmes et services auxiliaires constituerait une barrière pour les usagers les plus difficiles à atteindre. En effet, bien que les salles "à part entière" sont plus restreintes dans leurs possibilités, leur avantage principal est que les UDI qui les fréquentent n'ont qu'un but de consommation. L'éventail de services auxiliaires reste disponible (ailleurs), et les utilisateurs peuvent recevoir de l'information à leur propos ou être conseillés pour l'éventuelle utilisation de dispositifs dispensés dans d'autres services (Schäffer, Stöver, & Weichert, 2014). Mais l'incorporation de services (sociaux, médicaux ou de traitement) au sein de la SMCR peut potentiellement la rendre dissuasive pour les individus les moins demandeurs qui ne recherchent que la consommation de drogues. Des recherches suggèrent qu'une SMCR "à part entière" est plus efficace pour atteindre les usagers les plus réticents au contact avec les services de soins, s'il perçoivent la salle comme un simple lieu de consommation plutôt que comme un service de soins *en soi*. Ainsi, l'avantage principal d'une SMCR "à part entière"—même intégrée au réseau de services existants et en partenariat avec ceux-ci—est de diminuer le seuil d'accès pour le sous-groupe d'UDI le plus désinséré et non (ou très peu) en contact avec les services d'assistance existants. Cependant, même dans ce cas, certaines interventions basiques doivent pouvoir être

offertes sur place, comme par exemple l'échange d'aiguilles et de seringues, des soins infirmiers, ou parfois, du "drug-testing". Ces interventions ont aussi été évoquées par les UDI dans les groupes focaux. Quelques professionnels ont également cité la possibilité d'un programme de délivrance de naloxone à emporter à domicile. Pour les partisans d'une SMCR à part entière, tous les autres services peuvent être rendus accessibles ailleurs si nécessaire.

Cette dernière option—une SMCR en tant que service "à part entière"—est nettement celle qui a la préférence des UDI rencontrés dans les groupes focaux des cinq villes. Les UDI ont clairement soutenu l'idée qu'une SMCR devait spécifiquement être organisée pour la consommation. Toutefois, bien qu'ils étaient essentiellement opposés à l'idée que la SMCR soit trop intégrée à un service plus large, ils ont admis que les contacts et les échanges entre la salle et d'autres services devaient exister. En outre, les UDI (comme les professionnels qui défendent le modèle "à part entière") ont indiqué que des services (sociaux, médicaux, ou de traitement) auxiliaires étaient déjà disponibles et qu'il était préférable d'y accéder par ailleurs, plutôt que sur place. Ce point de vue est donc en résonance avec l'objectif primaire d'une SMCR: un espace hygiénique et sécurisé pour la consommation (cf. *supra*). Les professionnels arguaient aussi de l'existence d'autres services pour marquer leur préférence à l'égard d'un renvoi vers ces services si nécessaire, plutôt que de les offrir sur place avec la SMCR, ce qui serait financièrement peu efficace et provoquerait des redondances inutiles.

Le choix à poser entre une SMCR intégrée à un service existant ou une SMCR constituant un service à part entière est un choix important qui dépend essentiellement de l'objectif premier de la mise en place de la salle. Les deux modèles ont des avantages et des inconvénients. Une SMCR seule ne peut répondre à tous les besoins, et donc le modèle dépend aussi du contexte local, des besoins des UDI et des besoins de la population locale. Les acteurs concernés doivent tenir compte de ces aspects avant de choisir un modèle. Les implications budgétaires peuvent influencer ce choix.

Recommandation 8: Le modèle optimal est celui qui l'intègre dans le continuum d'offre d'assistance

Des services à bas-seuil existants (tels que les MASS, Transit, ou le CASS), qui assistent déjà les UDI, peuvent sembler des lieux privilégiés pour accueillir des SMCR, mais ces services doivent prendre en considération les éléments pratiques pour que cet espace puisse s'intégrer à leurs autres activités. La décision de physiquement intégrer ou non la SMCR dans un service existant doit permettre de trouver un équilibre entre les avantages d'une telle intégration et le besoin de rester accessible, tant pour les individus qui veulent fréquenter la SMCR pour leur consommation, que pour les utilisateurs d'autres services. Quel que soit le modèle choisi, une bonne intégration conceptuelle du dispositif et des partenariats avec les services déjà existants est indispensable pour que la SMCR puisse constituer un point d'accès et de renvoi vers ces services lorsque c'est nécessaire sans dupliquer cette offre.

Personnel

En fonction du modèle spécifique de SMCR choisi et du type de services qui y sont offerts, les décideurs doivent tenir compte du type de personnel qui doit être impliqué dans une SMCR. Dans toutes les villes, tous les répondants (professionnels et UDI) ont mentionné deux catégories de personnel qui sont considérées comme essentielles.

En premier lieu, le *personnel médical* a été spontanément mentionné par les répondants, ce qui est logique vis-à-vis de l'objectif principal des SMCR en matière de protection de la santé des usagers de drogues. En particulier, du personnel infirmier, et pour certains avec une spécialisation en *psychiatrie*, est considéré comme le plus important pour les SMCR dans chacune des villes. En effet, si l'on prend en compte les problèmes de santé que les UDI peuvent rencontrer lors de l'acte de consommation, et le besoin de pouvoir réagir rapidement en cas d'incident par overdose, du personnel infirmier (psychiatrique) est idéal pour superviser le bon fonctionnement d'une SMCR (BCCSU, 2017), notamment pour ce qui concerne la réduction des risques liés à l'injection. Bien qu'il y ait aussi un besoin de supervision médicale, la présence effective de médecins dans la SMCR n'a pas été considérée comme une priorité, principalement pour des raisons de coût. Les soins médicaux de base (par exemple pour les blessures) et les interventions en cas d'overdose peuvent être dispensés par le personnel infirmier; un médecin n'est donc pas indispensable sur place. On suggère plutôt qu'un médecin soit lié au service (joignable pendant les heures d'ouverture) en cas de besoin. Un médecin attaché au service reste toutefois nécessaire pour des questions de responsabilité médicale.

En deuxième lieu, du *personnel social* (principalement, des éducateurs et des travailleurs sociaux) est considéré comme une catégorie de personnel importante pour le bon fonctionnement d'une SMCR par les participants. Le personnel social est apte à assister les utilisateurs pour les contacts utiles avec les services sociaux et la reprise de contacts avec les services de traitement et d'assistance en matière d'assuétudes.

Les acteurs rencontrés avaient en revanche des points de vue plus mitigés concernant le besoin de *personnel de sécurité* dans les SMCR. D'une part, certains considèrent que ce n'est pas nécessaire, en particulier si on opte pour un modèle de salle intégrée à un autre service existant. Le personnel régulier est estimé suffisant pour faire face aux éventuels problèmes de sécurité. Certains pensent d'ailleurs que la présence de personnel de sécurité pourrait constituer un obstacle pour les utilisateurs les plus méfiants, ou provoquer des comportements inadéquats de la part des utilisateurs. L'installation de la SMCR à proximité d'un commissariat de police pourrait constituer une alternative mieux adaptée. D'autre part, en cas de SMCR en tant que service à part entière, du personnel de sécurité semble être considéré comme plus nécessaire en l'absence de support d'une équipe plus

large. En outre, la présence d'un personnel de sécurité (spécifiquement formé) pourrait avoir un effet rassurant pour la population du voisinage.

Finalement, la possibilité d'impliquer des *pairs* (c'est-à-dire, des personnes (ex-)usagères de drogues) dans la gestion quotidienne et l'opérationnalisation d'une SMCR a été identifiée comme importante par les professionnels rencontrés à l'image de ce qui se pratique à l'étranger. En particulier, l'apport de pairs est reconnu pour le partage d'expertise avec les utilisateurs d'une SMCR ainsi que pour rendre le service accueillant pour les utilisateurs. Cette possibilité est aussi valorisée par certains usagers rencontrés dans les groupes focaux. Une étude de faisabilité conduite ailleurs (Kerr *et al.*, 2003) a montré que UDI valorisaient l'inclusion de pairs dans les SMCR, et constitue particulièrement un atout pour les salles d'injection. Ainsi donc, une majorité d'acteurs semble favorable à l'implication de pairs dans les SMCR dans la mesure du possible, en tant que bénévoles ou en tant qu'employés rémunérés. Quelques répondants ont toutefois manifesté leur inquiétude, notamment en ce qui concerne l'exposition d'(ex)usagers à un environnement de consommation active.

Recommandation 9: Une équipe multidisciplinaire doit être présente dans une SMCR

Une SMCR doit être pourvue d'une équipe de personnel spécifiquement formé et en nombre suffisant. Au minimum, une équipe d'infirmiers (psychiatriques) et de travailleurs sociaux devrait être présente en permanence dans le service dans le cadre d'une approche multidisciplinaire. Un médecin sur place n'est pas absolument requis s'il est joignable pendant les heures d'ouverture. Lorsque c'est possible, l'implication de pairs dans l'opérationnalisation quotidienne d'une SMCR doit être envisagée.

Par ailleurs, la mise en œuvre fructueuse d'une SMCR requiert l'établissement de procédures et de règles de fonctionnement précises. Au minimum, ces règles doivent inclure: une procédure de documentation, des règles pour le renvoi des utilisateurs vers d'autres services, un protocole de contact avec la police dans les situations qui peuvent le requérir comme des événements d'agression ou d'autres problèmes de sécurité, et enfin, un code de conduite, de droits et de responsabilités pour les utilisateurs et le personnel. Un protocole spécifique pour la gestion des incidents d'overdose est indispensable pour l'identification de ces situations et d'autres situations d'urgence médicale, et pour déterminer la manière d'intervenir. Des moyens spécifiques—par exemple, au moyen de formations (continues) pour le personnel—sont nécessaires pour s'assurer que le personnel est suffisamment entraîné pour informer les utilisateurs et agir dans une logique de réduction des risques et en situation de trauma, ou encore d'autres savoirs requis. Un cadre pour les situations exposant le personnel à des conflits éthiques doit aussi être élaboré.

Recommandation 10: Des procédures et de protocoles clairs doivent être établis

L'opérationnalisation effective d'une SMCR requiert un ensemble minimal de règles et de procédures explicites, connues du personnel, et cohérentes par rapport aux procédures adoptées dans d'autres services correspondants.

Règlement d'ordre intérieur, contrat et enregistrement

Partout dans le monde, les SMCR existantes fonctionnent avec des critères d'éligibilité précis et des règles claires explicitant les droits des utilisateurs et leurs responsabilités. Du côté des professionnels, les règles essentielles à établir pour une SMCR sont: pas d'agression ou de violence, l'interdiction de la vente et du partage de drogues, et l'interdiction de la consommation d'alcool au sein du service. La raison principale de l'interdiction de la consommation d'alcool est de diminuer les risques de violence ainsi que les risques au moment de l'acte de consommation. Ces règles basiques, que l'on retrouve dans la plupart des pays, sont également reconnues et acceptées par les UDI rencontrés dans les groupes focaux. En outre, la plupart des professionnels et des usagers considèrent qu'il faut appliquer une limite de temps pour l'usage de l'espace de consommation, bien que cette limite ne s'applique pas aux espaces de repos où les utilisateurs peuvent se rendre après la consommation. En général, une limite de temps d'environ 30 minutes est suggérée, ce qui correspond largement aux pratiques internationales (Woods, 2014), avec toutefois une marge de flexibilité. La raison principale évoquée pour une telle limite de temps est de permettre au plus grand nombre d'utilisateurs d'accéder sans attendre à l'espace de consommation, donc d'éviter les files d'attente, et d'éviter aussi que celui-ci devienne un refuge de substitution pour quelques habitués (particulièrement pour les SMCR fonctionnant comme des services à part entière). De fait, la plupart des salles sont confrontées au phénomène des files d'attente, et certaines ont dès lors établi de telles limites de temps pour rester accessibles au plus grand nombre. En relation avec ces limites de temps, on constate que l'ouverture d'une SMCR au cours de périodes de temps restreintes (certains jours ou lors de périodes horaires limitées) constitue un obstacle important à leur utilisation par les UDI (Petra *et al.*, 2007; Small *et al.*, 2011). Lorsque l'on pose la question des heures et jours d'ouverture d'une SMCR, la première réaction spontanée des répondants est que l'idéal serait 24/7. Toutefois, la plupart comprend que cela s'avère peu réaliste d'un point de vue budgétaire. Les estimations autour des plages d'ouverture varient, mais la plupart prend en compte des principes similaires: une SMCR devrait (1) plutôt être ouverte à des heures tardives (pas, par exemple, à 8 heures du matin), et (2) à des heures qui s'ajustent avec les heures d'ouverture d'autres services complémentaires. Si plus d'une SMCR est opérationnelle dans la même ville, elles pourraient se combiner pour offrir une période d'accès la plus large possible.

Recommandation 11: Une SMCR doit posséder un Règlement d'Ordre Intérieur clair

Il est essentiel que des règles claires soient établies vis-à-vis de la conduite attendue des utilisateurs. Elles doivent être explicitées à ceux-ci, et les utilisateurs doivent formellement manifester leur acceptation de ces règles. These are explained to anyone using the service, and clients agree to abide by these rules of conduct. Le règlement doit prévoir également des sanctions spécifiques claires et applicables au cas où ces règles ne sont pas respectées. Les règles doivent être proportionnées et respecter un équilibre entre le besoin de maintenir un environnement sûr et la recherche de tolérance maximale par rapport à une population marginalisée réfractaire aux règles trop strictes.

Recommandation 12: La capacité et les heures d'ouverture d'une SMCR doivent être adaptées aux besoins locaux

L'impact d'une SMCR est lié à sa capacité d'attirer les UDI à haut-risque. A l'instar de sa situation géographique, la capacité et les heures d'ouverture d'une SMCR doivent répondre aux conditions locales et aux besoins locaux des utilisateurs.

Une majorité d'acteurs des cinq villes ont exprimé le besoin de formaliser le règlement d'ordre intérieur dans un contrat (une déclaration d'acceptation de ces règles) lors du premier contact avec un utilisateur potentiel du service. Cette pratique est courante dans les SMCR européennes. **Un code de conduite** qui prévoit que l'usage de la SMCR est conditionné à l'acceptation des règles—et des sanctions correspondante—doit être expliqué et accordé (par contrat) au premier contact. Les professionnels rencontrés pensent que cela permet de fonder la relation et donne la possibilité d'exercer une exclusion temporaire ou une suspension en cas de non-respect des règles établies, mais également d'explicitier les droits des utilisateurs dans un contrat à deux parties. Un exemple important de ce respect des droits des utilisateurs est l'engagement de ne pas diffuser leurs données personnelles, ou d'autres données les concernant comme les dates et fréquences de visite de la SMCR, ou les produits utilisés. En outre, les utilisateurs sont souvent soumis à un entretien d'admission lors de leur première visite, ou à un temps d'inscription comprenant un questionnaire d'admission—les termes du contrat et les règles étant explicitées pendant cette procédure et signés par les deux parties. La procédure d'admission peut inclure l'enregistrement de données personnelles comme le nom et la date de naissance des utilisateurs. Une fois l'enregistrement réalisé, la plupart des SMCR sont accessibles anonymement, mais environ un tiers d'entre-elles requièrent une forme d'identification (qui peut être anonyme) à l'entrée. Pour la plupart des UDI rencontrés dans les groupes focaux, un

enregistrement d'admission n'est pas un obstacle à l'utilisation du service, pourvu que l'assurance de la confidentialité des données soit garantie, en particulier vis-à-vis de la police ou d'autres services en dehors de la SMCR. Après le premier enregistrement (pour les visites suivantes), bien qu'un code confidentiel d'identification soit mieux vu qu'une obligation d'identification formelle, les UDI préfèrent quand même pouvoir entrer et sortir de la SMCR de manière anonyme. De fait, pour attirer la population-cible sans qu'elle craigne des risques en matière de confidentialité et préserver le seuil d'accès au plus bas, la SMCR devrait rester d'accès anonyme.

Les professionnels mettent en avant divers avantages aux procédures d'admission et d'enregistrement, notamment pour les données récoltées (par exemple, les types de drogues utilisés, leur fréquence d'utilisation, ou le nombre d'utilisateurs) en matière d'information et d'évaluation. Toutefois, malgré ces avantages, quelques acteurs mentionnent diverses barrières à un tel enregistrement, telles que l'absence de papiers d'identité pour les réfugiés et migrants illégaux, ou la méfiance des UDI. Les acteurs soutiennent ainsi les approches qui protègent l'anonymat des utilisateurs: un système clair doit être proposé pour préserver celui-ci lors de l'identification des utilisateurs à chaque visite et son lien avec un système d'évaluation. Une solution possible pourrait être celle mise en place à Francfort, qui prévoit un enregistrement non-anonyme lors de la première admission, puis l'utilisation d'un code d'identification unique pour les visites suivantes (Stöver & Förster, 2017). Ce code unique est lié aux données de chaque utilisateur, anonymisées, mais utiles pour les besoins d'analyse statistique ou en lien avec le plan de traitement de l'utilisateur.

L'information qui doit être collectée auprès des (nouveaux) utilisateurs doit préserver l'équilibre entre ce qui est utile à connaître en matière de soins et d'évaluation, sans pour autant décourager les utilisateurs potentiels. Les données collectées doivent être protégées par le secret médical, et un cadre clair (un protocole concernant l'utilisation et l'échange d'informations), précisant ce qui peut et ce qui ne peut pas être partagé, doit être développé. L'utilisation de procédures opérationnelles, de protocoles, et de règles est un aspect crucial pour la protection des informations et des données des utilisateurs d'une SMCR et la confidentialité des données collectées (Hunt, 2008).

Recommandation 13: L'enregistrement des utilisateurs doit préserver l'anonymat et la confidentialité des données

L'examen et l'enregistrement des utilisateurs du service lors d'un premier contact sont importants en vue d'évaluer si ceux-ci correspondent aux critères d'admission. Il faut toutefois que ces procédures se limitent à l'information nécessaire et évitent de décourager les utilisateurs potentiels. Des procédures doivent garantir l'anonymat et la confidentialité des données recueillies, qui doivent être couvertes par le secret médical.

3. LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Un comité de pilotage incluant l'ensemble des services concernés

Les options concernant le processus de mise en œuvre et d'évaluation n'ont pas été discutées dans les groupes focaux avec les UDI. Du côté des professionnels, la planification et le développement de SMCR en Belgique devraient faire l'objet de consultations et de tables-rondes avec l'ensemble des acteurs concernés, en ce compris les autorités locales, les services sociaux et de soins, la police et les acteurs du secteur judiciaire (à ce propos, cf. la RECOMMANDATION 4) comme c'est également le cas pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (Strike *et al.*, 2006). A cette fin, un comité de pilotage local devrait être établi—incluant des représentants de tous ces secteurs—et dans lequel tous les professionnels sont impliqués pour ce qui concerne l'avis, la planification du service et sa mise en œuvre.

Recommandation 14: Un comité de pilotage incluant les services et l'ensemble des acteurs concernés doit être établi

Tous les acteurs concernés devraient être impliqués dans le développement et les choix relatifs à la SMCR, dès sa planification. Idéalement, un partenariat entre l'ensemble des services concernés est établi sous la forme d'un comité de pilotage qui donne des avis et supervise le processus de mise en œuvre.

“Rien sur nous sans nous” — Implication des usagers

Les décideurs politiques des villes qui voudraient mettre en place une SMCR doivent prendre en considération les points de vue et préférences de ses utilisateurs potentiels en ce qui concerne sa forme et ses modalités de fonctionnement, de sorte que la salle soit attractive pour les UDI (Petrar *et al.*, 2007; Small *et al.*, 2011; Watson *et al.*, 2013). Prendre en compte la perspective des utilisateurs dans le développement des SMCR est vital pour maximiser leur effectivité dans le temps (Luchenski *et al.*, 2018; Ti, Tzemis, & Buxton, 2012), en particulier parce que ce sont les utilisateurs qui vont en décrire le fonctionnement, les pratiques et le cadre de manière nuancée auprès des autres utilisateurs potentiels (Bayoumi & Strike, 2012). L'implication d'UDI dans la planification et la mise en œuvre d'une SMCR favorise l'engagement de la population cible et l'évaluation de leurs besoins—par exemple, par la présence de représentants des UDI lors des réunions du comité de pilotage (BCCSU, 2017). Par

exemple, en Australie, certaines règles de fonctionnement des SMCR ont été testées avec la participation de certains usagers, notamment pour vérifier si ces règles avaient un effet dissuasif sur l'utilisation de la salle. L'implication des usagers—dans toutes ses formes—est essentielle pour garantir l'équité, l'acceptabilité and et la pertinence des mesures prises dans les SMCR, et doit être considérée comme une pratique de base. L'engagement de pairs est une manière acceptable et efficace d'impliquer les usagers. Une étude de faisabilité menée au Canada a montré que les UDI valorisent l'inclusion de pairs dans les SMCR et considèrent que c'est un atout (Kerr *et al.*, 2003).

Recommandation 15: des UDI devraient être impliqués lors de la planification et de la mise en œuvre des SMCR

Les décideurs dans les villes concernées doivent considérer la possibilité de tenir compte du point de vue et des préférences des UDI pour les modalités opérationnelles des SMCR, en vue de s'assurer de leur attractivité et de leur effectivité vis-à-vis de leur public-cible

Consultation et communication avec le voisinage et la population générale

L'opinion publique est un facteur important influençant la prise de décision pour la mise en œuvre de programmes de santé publique, et spécifiquement des SMCR (Hyshka *et al.*, 2013). Malgré les études scientifiques, les SMCR sont connotées négativement au regard de l'opinion publique. Ces perceptions négatives sont souvent infondées: diverses études ont montré que, malgré des opinions publiques mitigées ou négatives avant la mise en place de SMCR, l'attitude des résidents et commerçants de leur voisinage tendait à être plus positive avec le temps (Firestone-Cruz *et al.*, 2007; Salmon *et al.*, 2010; Strike *et al.*, 2014; Thein *et al.*, 2005). La prise en compte du voisinage et de l'opinion publique est donc essentielle au succès des SMCR. Au cours des interviews, les acteurs concernés se sont nettement montré en faveur de l'implication du voisinage dans le processus de mise en place des SMCR. En outre, en vue de réduire les résistances potentielles du voisinage, les répondants suggèrent la mise en place d'un mode de communication transparent, en organisant des visites de la SMCR, ou une ligne téléphonique pour répondre aux questions et faire face aux inquiétudes. Une option possible est la création d'un comité de quartier, dès l'étape de planification, de sorte à tenir compte de manière proactive des attentes et des inquiétudes du voisinage (Perks *et al.*, 2013). Une telle consultation de la population et du voisinage est un moyen pour sensibiliser cette population à l'importance de la stratégie mise en œuvre et des bénéfices des SMCR. Récemment, des guidelines opérationnels ont été publiés en vue de soutenir les décideurs politiques vis-à-vis de la consultation et du processus d'engagement vers l'établissement d'une SMCR, sur base de l'expérience du *Dr. Peter Centre* à

Vancouver (BCCSU, 2017). On peut aussi citer des expériences antérieures comme des guidelines pour la mise en place de services de délivrance de traitements de substitution aux opiacés, qui sont des stratégies aussi pertinentes pour l'acceptabilité et le support à la mise en place de SMCR. Ainsi, le *Pivot Legal Society* a développé un outil pour limiter les résistances de type NIMBY ("pas-dans-mon-jardin") dans la population (Pivot, 2011). Ces documents peuvent appuyer les acteurs concernés pour la consultation et l'implication du voisinage et de la population pour le projet et la mise en œuvre d'une SMCR. D'autres exemples, comme des actions "portes ouvertes" avant même l'ouverture d'une SMCR, destinées à la population locale, aux médias et aux autorités locales, peuvent aider à diminuer les résistances. Elles permettent de montrer à quoi ressemble une SMCR et la manière dont elle fonctionne, et ainsi, de répondre aux inquiétudes qu'elle soulève (Perks *et al.*, 2013). Globalement, étant donné la nature controversée des SMCR et la connaissance limitée du grand public vis-à-vis de ces services, la diffusion d'informations et une communication ouverte et transparente sont essentielles pour réduire les résistances et en garantir l'efficacité.

Recommandation 16: Une communication claire avec la population et le voisinage est essentielle

Comme pour d'autres interventions de Réduction des Risques, la consultation des habitants et commerçants du voisinage et d'autres acteurs-clé dans la population dès avant la mise en place d'une SMCR est essentielle pour diminuer les résistances. La transparence et une communication ouverte entre toutes les parties est fondamentale.

Transparence et implication des acteurs concernés après la mise en place de la SMCR

Une SMCR doit fonctionner en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, y compris les UDI, les services partenaires, les résidents du voisinage, de sorte à promouvoir un mode de communication ouvert sur le service et son activité et son intégration adéquate dans le tissu social. Les acteurs rencontrés lors des interviews n'ont pas seulement souligné l'importance de la consultation de la population locale lors du processus de planification et de démarrage d'une SMCR, mais également la nécessité d'un processus permanent de communication après la mise en place du service. Selon Hedrich *et al.* (2010), les SMCR, plus encore que d'autres services de santé publique, dépendent de leur acceptation par les UDI, la population, les travailleurs du social et de la santé, les acteurs judiciaires et les acteurs politiques pour être mises en place et *soutenues dans le temps*. C'est pourquoi une prise en compte de l'opinion publique est nécessaire de sorte à orienter les politiques de santé publique. Le maintien de bonnes relations avec les communautés locales, les commerçants et d'autres acteurs

importants du voisinage est essentielle au succès du fonctionnement d'une SMCR. Une SMCR—et son comité de pilotage—doit assurer un lien avec tous les acteurs locaux, et ajuster ses actions lorsque c'est nécessaire. Une fois encore, la transparence et une bonne communication sont essentielles.

Recommandation 17: Un lien permanent avec les acteurs locaux doit être assuré lorsque la salle est en fonction

En vue d'assurer la continuité d'une SMCR et d'adapter ses actions si nécessaire, un dialogue permanent avec l'ensemble des acteurs locaux impliqués est un prérequis.

4. ÉVALUATION ET MONITORING

Selon l'ensemble des acteurs, il est primordial d'évaluer scrupuleusement l'efficacité et les coûts associés à ces services, et établir ainsi les données probantes qui en justifient la mise en œuvre (notamment, étant donné le fait que les SMCR restent une thématique controversée au sein des politiques en matière de drogues). Sans évaluation de l'impact de nouveaux services, aucun jugement sur leur utilité ne peut être fait, ni sur leurs éventuels bénéfices ou leur apport à l'éventail de services déjà existants. Des évaluations détaillées des processus et de leurs résultats doivent être conduites. Il est important que des données détaillées soient collectées avant même le démarrage d'une SMCR (une mesure en "baseline"), et que des données comparatives en provenance de sites où une SMCR n'est pas mise en œuvre soient également fournies. Un conseil d'évaluation, qui inclurait idéalement un expert international en matière de SMCR (par exemple en provenance de France ou du Canada), devrait être constitué pour établir un protocole d'évaluation du projet de SMCR. Une telle évaluation doit être menée par une organisation indépendante (externe au service) possédant l'expertise requise dans le domaine des politiques en matière de drogues—comme une université—en consultation avec l'ensemble des acteurs concernés, en ce compris les utilisateurs de la SMCR, les responsables du service, et les résidents et commerçants locaux. Des fonds suffisants pour une évaluation complète du dispositif devraient être inclus dans le budget d'une SMCR. En tant que programme-pilote scientifique, l'équipe de Vancouver a développé une méthodologie rigoureuse permettant de conduire une évaluation des effets d'une SMCR sur 3 ans (Wood *et al.*, 2004a; Wood *et al.*, 2004b; Wood *et al.*, 2006a). Cette méthodologie pourrait être adoptée sur un site belge—à condition d'être adapté au contexte local et en fonction d'objectifs à définir localement. A ce propos, des indicateurs d'évaluation (clairement définis et mesurables) doivent permettre de mesurer si les objectifs de démarrage d'une SMCR peuvent être atteints. Ensuite, il faut tenir compte du fait que les objectifs d'un tel service

peuvent être amenés à évoluer au cours du temps, en fonction des moyens et du personnel disponibles, de changements au niveau des besoins de la population-cible, et de circonstances locales du phénomène-drogues (BCCSU, 2017).

Recommandation 18: L'évaluation scientifique rigoureuse d'un projet-pilote de SMCR est une composante essentielle du projet

Une SMCR doit faire l'objet d'évaluations détaillées de ses processus et résultats par un organisme externe, en consultation avec l'ensemble des acteurs concernés. L'évaluation doit être bien définie à l'aide d'une méthodologie adaptée et des objectifs clairs qui doivent être établis avant la mise en œuvre du dispositif.

REFERENCES

- Andresen, M.A., & Boyd, N. (2010). A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy, 21*(1), 70-76.
- Andresen, M.A., & Jozaghi, E. (2012). The point of diminishing returns: an examination of expanding Vancouver's Insite. *Urban Studies, 49*(16), 3531-3544.
- Bardwell, G., Scheim, A., Mitra, S., & Kerr, T. (2017). Assessing support for supervised injection services among community stakeholders in London, Canada. *International Journal of Drug Policy, 48*, 27-33.
- Barrett, D., Hunt, N., & Stoicescu, C. (2013). *Injecting drug use among under-18s*. London: Harm Reduction International.
- Bayoumi, A.M., & Strike, C. (2012). *Report of the Toronto and Ottawa supervised consumption assessment study*. Toronto, Ontario: University of Toronto.
- Bayoumi, A.M., & Zaric, G.S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal, 179*(11), 1143-1151.
- BCCSU. (2017). *Supervised consumption services: operational guidance*. British Columbia, Canada: BC Centre on Substance Use.
- Bridge, J. (2010). Route transition interventions: potential public health gains from reducing or preventing injecting. *International Journal of Drug Policy, 21*(2), 125-128.
- CGPD. (2016). *Salles de consommation à moindres risques: note de synthèse*. Bruxelles: Cellule Générale de Politique Drogues.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., et al. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet, 387*(10026), 1427-1480.
- DeBeck, K., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M., Montaner, J., & Kerr, T. (2008). Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy, 3*.
- EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA. (2017). *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Firestone-Cruz, M., Patra, J., Fischer, B., Rehm, J., & Kalousek, K. (2007). Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 18(1), 54-61.
- Fletcher, A., & Krug, A. (2012). Excluding youth? A global review of harm reduction services for young people. In C. Stoicescu (Ed.), *Global state of harm reduction 2012: towards an integrated response* (pp. 137-145). London: Harm Reduction International.
- Hadland, S.E., DeBeck, K., Kerr, T., Nguyen, P., Simo, A., Montaner, J.S., et al. (2014). Use of a medically supervised injection facility among street youth. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 684-689.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 305-331). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hunt, N. (2008). *Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Hyshka, E., Bubela, T., & Wild, T.C. (2013). Prospects for scaling-up supervised injection facilities in Canada: the role of evidence in legal and political decision-making. *Addiction*, 108(3), 468-476.
- Kennedy, M.C., Karamouzian, M., & Kerr, T. (2017). Public health and public order outcomes associated with supervised drug consumption facilities: a systematic review. *Current HIV/AIDS Reports*, 14(5), 161-183.
- Kerr, T., Wood, E., Palepu, A., Wilson, D., Schechter, M.T., & Tyndall, M.W. (2003). Responding to an explosive HIV epidemic driven by frequent cocaine injection: is there a role for safe injecting facilities? *Journal of Drug Issues*, 33(3), 579-608.
- Kimber, J., Mattick, R.P., Kaldor, J., van Beek, I., Gilmour, S., & Rance, J.A. (2008). Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev*, 27(6), 602-612.
- Luchenski, S., Maguire, N., Aldridge, R.W., Hayward, A., Story, A., Perri, P., et al. (2018). What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. *Lancet*, 391(10117), 266-280.
- McNeil, R., Kerr, T., Pauly, B., Wood, E., & Small, W. (2016). Advancing patient-centered care for structurally vulnerable drug-using populations: a qualitative study of the perspectives of people who use drugs regarding the potential integration of harm reduction interventions into hospitals. *Addiction*, 111(4), 685-694.
- Mitra, S., & Globerman, J. (2016). *Engaging law enforcement in harm reduction programs for people who inject drugs*. Toronto: OHTN.
- NCHECR. (2007). *Sydney Medically Supervised Injection Centre: interim evaluation report no. 3 (evaluation of client referral and health issues)*. New South Wales: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research.
- Peacey, J. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: client experience survey in Amsterdam and Rotterdam*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
- Perks, G., Balian, R., Dodd, Z., Elliott, R., Franks, R., Grimaldos, D., et al. (2013). *Supervised injection services toolkit*. Toronto: Toronto Drug Strategy.
- Petrar, S., Kerr, T., Tyndall, M., Zhang, R., Montaner, J., & Wood, E. (2007). Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*, 32(5), 1088-1093.
- Pinkerton, S.D. (2010). Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction*, 105(8), 1429-1436.
- Pinkerton, S.D. (2011). How many HIV infections are prevented by Vancouver Canada's supervised injection facility? *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 179-183.
- Pivot. (2011). *Yes in my backyard! toolkit*. Vancouver: Pivot Legal Society.

- Potier, C., Laprevote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, *145*, 48-68.
- Rhodes, T., Kimber, J., Small, W., Fitzgerald, J., Kerr, T., Hickman, M., et al. (2006). Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction*, *101*(10), 1384-1393.
- Salmon, A.M., van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, *105*(4), 676-683.
- Schäffer, D., Stöver, H., & Weichert, L. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: models, best practice and challenges*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *Drug consumption rooms: evidence and practice*. London: International Drug Policy Consortium.
- Semaan, S., Fleming, P., Worrell, C., Stolp, H., Baack, B., & Miller, M. (2011). Potential role of safer injection facilities in reducing HIV and Hepatitis C infections and overdose mortality in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, *118*(2-3), 100-110.
- Small, W., Ainsworth, L., Wood, E., & Kerr, T. (2011). IDU perspectives on the design and operation of North America's first medically supervised injection facility. *Substance Use & Misuse*, *46*(5), 561-568.
- Small, W., Rhodes, T., Wood, E., & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal of Drug Policy*, *18*(1), 27-36.
- Stöver, H., & Förster, S. (2017). *Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume: Jahresbericht 2016*. Frankfurt am Main: Frankfurt University of Applied Sciences, Institut für Suchtforschung (ISFF).
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, *379*(9810), 71-83.
- Strike, C., Jairam, J.A., Kolla, G., Millson, P., Shepherd, S., Fischer, B., et al. (2014). Increasing public support for supervised injection facilities in Ontario, Canada. *Addiction*, *109*(6), 946-953.
- Strike, C., Leonard, L., Millson, M., Anstice, S., Berkeley, N., & Medd, E. (2006). *Ontario needle exchange programs: best practice recommendations*. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee.
- Thein, H.H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M., & Kaldor, J.M. (2005). Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *International Journal of Drug Policy*, *16*(4), 275-280.
- Ti, L., Buxton, J., Harrison, S., Dobrer, S., Montaner, J., Wood, E., et al. (2015). Willingness to access an in-hospital supervised injection facility among hospitalized people who use illicit drugs. *Journal of Hospital Medicine*, *10*(5), 301-306.
- Ti, L., Tzemis, D., & Buxton, J.A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *7*(47).
- Toth, E.C., Tegner, J., Lauridsen, S., & Kappel, N. (2016). A cross-sectional national survey assessing self-reported drug intake behavior, contact with the primary sector and drug treatment among service users of Danish drug consumption rooms. *Harm Reduction Journal*, *13*:27.
- Watson, T.M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., & Bayoumi, A.M. (2015). "Drugs don't have age limits": the challenge of setting age restrictions for supervised injection facilities. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *22*(4), 370-379.
- Watson, T.M., Strike, C., Kolla, G., Penn, R., Jairam, J., Hopkins, S., et al. (2013). Design considerations for supervised consumption facilities (SCFs): Preferences for facilities where people can inject and smoke drugs. *International Journal of Drug Policy*, *24*(2), 156-163.
- Wood, E., Kerr, T., Lloyd-Smith, E., Buchner, C., Marsh, D.C., Montaner, J.S., et al. (2004a). Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduction Journal*, *1*(1), 9.

- Wood, E., Kerr, T., Montaner, J.S., Strathdee, S.A., Wodak, A., Hankins, C.A., et al. (2004b). Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer-injecting facility. *Lancet Infectious Diseases*, 4(5), 301-306.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Jones, J., Schechter, M.T., & Tyndall, M.W. (2003). The impact of a police presence on access to needle exchange programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(1), 116-118.
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D.C., Montaner, J.S.G., et al. (2004c). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Montaner, J.S., & Kerr, T. (2006a). Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*, 175(11), 1399-1404.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Qui, Z.G., Zhang, R., Montaner, J.S.G., & Kerr, T. (2006b). Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility. *American Journal of Public Health*, 96(5), 770-773.
- Wood, E., Tyndall, M.W., Zhang, R., Montaner, J.S.G., & Kerr, T. (2007). Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users. *Addiction*, 102(6), 916-919.
- Woods, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organisational overview*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.