

EUROTOX ASBL

OBSERVATOIRE SOCIO-ÉPIDÉMIOLOGIQUE ALCOOL- DROGUES  
FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

## DOSSIER : LES SALLES D'INJECTION SUPERVISEE

TIRE A PART DU RAPPORT SUR L'USAGE DE DROGUES EN FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES  
2011-2012

AUTEUR: MIGUEL RWUBU  
SOUS LA COORDINATION DE LUCIA CASERO  
RELECTURE : MICHAEL HOGGE, LUCIA CASERO, PASCALE ANCEAUX,  
CATHERINE VANHUYCK, MARTINE DAL

AVEC LE SOUTIEN DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES



## Table des matières

1. Introduction .....	3
2. Fonctionnement des CIS .....	7
2.1 Matériel et services : .....	7
2.2 Fonctionnement.....	8
2.3 Projets émergents .....	10
3. Conditions d'implantation.....	11
3.1 Forces de l'ordre .....	12
3.2 Cadre légal .....	12
3.3 Exécutifs locaux.....	13
3.4 Services specialises .....	13
3.5 Implication communautaire/implication des injecteurs .....	13
4. Présentation par ou pour les responsables politiques .....	14
4.1 Que pense l'opinion publique ? .....	14
4.2 Serment d'Hippocrate : Primum non nocere deinde curare (D'abord, ne pas nuire, ensuite soigner !) .....	15
4.3 Relevé des besoins non couverts par les services de santé classiques .....	15
4.4 Réduction des nuisances publiques et du coût pour la société.....	17
4.5 Réinsertion sociale des usagers.....	17
5. Evaluations .....	18
5.1 Trois études « evidence-based » .....	18
5.2 Revue des études et rapports d'évaluation.....	25
5.3 Validité des évaluations .....	32
5.3.1 Sur la capacité des études d'isoler les effets des CIS (et des autres services de réduction des risques).....	33
5.3.2 Sur les effets de phénomènes et processus « étrangers » aux SIS et à leurs services partenaires .....	33
5.3.3 Évaluer des effets à court, moyen et long termes.....	34
6. Conclusion.....	34
7. Bibliographie .....	36

## 1. Introduction

Les « Salles d'Injection Supervisée » (ou « Centres d'Injection Supervisée » ou « CIS » dits aussi « Services d'injection supervisée » ou « SIS » au Québec) sont des lieux mis sur pied dans le cadre de politiques de santé publique afin qu'un public d'usagers de drogues par injection vivant dans une extrême précarité sociale ait la possibilité de consommer dans un cadre sécurisé, voire médicalisé, plutôt que dans l'espace public. La drogue injectée, il faut le préciser, est acquise au préalable de manière illégale par le consommateur, à l'extérieur de la salle d'injection supervisée ! De manière plus formelle, voici la **définition** que donne des SIS l'Institut National de Santé Publique du Québec :

« La notion de services d'injection supervisée désigne des espaces où l'injection de drogues illégales est autorisée et supervisée par du personnel médical (le plus souvent). La vente et l'échange de drogues ne sont pas autorisés dans ces services. Le concept de lieu permettant l'injection supervisée fait référence à une régulation des entrées des personnes utilisatrices de drogues, à la supervision des injections, à l'éducation à l'injection sécuritaire, à la distribution de matériel d'injection stérile et à l'intervention médicale en cas de surdose. Les SIS offrent une gamme de services incluant variablement l'accès à du matériel d'injection stérile, des services de santé de base, du *counseling*<sup>1</sup> et de la référence médicale, des services sociaux, des traitements de la dépendance, des services de formation et de placement en emploi. Les SIS sont souvent intégrés à des services de santé, de traitement de la toxicomanie ou des services destinés aux personnes itinérantes. Ils sont opérés par du personnel composé de travailleurs sociaux et communautaires, d'infirmières ou de médecins, mais favorisent aussi l'embauche d'usagers et d'ex-usagers de drogues. » (Noël et al., 2009, p7).

**Historiquement**, les CIS sont nés de la conjonction de trois facteurs qui prennent leur source dans le milieu des années 1980 : le développement d'une épidémie de consommation de drogues par injection, l'écllosion et le développement de l'épidémie du VIH, et enfin l'existence croissante d'une population de consommateurs de drogues par injection vivant dans une grande précarité sociale, souvent sans domicile fixe, et procédant à l'injection de drogues dans l'espace public (Bello et al., 2010).

Le premier CIS à ouvrir officiellement, et donc légalement ses portes, était situé en Suisse (Berne) en 1986. Dans les années 1990, les Pays –Bas, l'Allemagne et l'Espagne imitèrent cette initiative, suivis plus tard par l'Australie et le Canada. Au total, en 2009, on dénombrait ainsi 25 CIS dans 16 villes en Allemagne, 1 en Australie, 1 au Canada, 6 dans 3 villes en Espagne, 1 au Luxembourg, 1 en Norvège, 45 dans 30 villes aux Pays-Bas et 12 dans 8 villes en Suisse (Hedrich et al., 2010 ; Bello et al., 2010).

---

<sup>1</sup> Counseling: "une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face." (<http://www.counselingvih.org/fr/definition/definitions.php> , consulté le 19/10/2012).

Plus de 90 CIS sont ainsi actifs à ce jour dans l'ensemble de ces pays. Certaines régions adoptent des dispositifs intermédiaires. Ainsi l'Afghanistan, ne comptant aucun CIS officiel : un centre de soins aux consommateurs prenant en charge des femmes à Kaboul permet à celles-ci de consommer à moindre risques sur trois sites différents. D'autres, comme la Belgique, la Slovénie, le Portugal, l'Italie et les Etats-Unis (état de Californie et ville de New-York) étudient l'opportunité d'ouvrir des CIS.

Les **problématiques que visent les CIS** sont multiples (Noël et al., 2009 ; Broadhead, Kerr, & Altice, 2002):

- 1) **Toucher les populations d'usagers de drogues peu accessibles car très marginalisées.** Pour ce faire, les CIS offrent un environnement à bas-seuil d'accessibilité (puisque, par définition, pas de nécessité de sevrage, mais aussi la gratuité et l'anonymat). Ils permettent ainsi d'accueillir une population traditionnellement exclue des réseaux de soins, ou ne les fréquentant pas par peur du rejet ou de l'exclusion. Le CIS, lieu d'injection salubre et encadré médicalement, enseignant de surcroît la technique d'injection à moindre risque, vise ainsi à éloigner cette population d'injecteurs de la rue.

La marginalisation du public injecteur est documentée depuis les années 60 et indique que ce public tend à éviter les services de soins dits « primaires » (« primary »), c'est-à-dire de soins prophylactiques réguliers, pour ne se reposer que sur les services d'urgences<sup>2</sup> et sur les hospitalisations pour problème de santé aigu (Jouria, Hensle, & Rose, 1967; Sapira, 1968 ; Bux, Iguchi, Lidz, Baxter, & Platt, 1993; Haverkos, 1991; cité par Broadhead, Kerr & Altice, 2002). Cette tendance a d'ailleurs récemment été confirmée chez les usagers d'héroïne en Belgique (Denis et al., 2009).

- 2) **Réduire le risque de surdose et les risques de conséquences sur la santé.** C'est bien sûr en éloignant ces usagers de l'espace public et de la marginalité (et en leur proposant un cadre moins dangereux) qu'on peut les aider dans ce sens, non seulement en prévenant les surdoses mais aussi les infections au VIH ou VHC, ainsi que d'autres problèmes de santé liés à l'injection. Par ailleurs, la pression inhérente à l'injection dans un lieu public ou semi-public (il faut que le geste et le matériel disparaissent vite !) favorise les pratiques à risque tel le partage de seringues, (Dovey, Fitzgerald, & Choi, 2001) et augmente forcément les risques lésionnels directs (plaies, œdèmes) ainsi que les risques d'infections (abcès, hépatite C, hépatite B, VIH) liés au non-respect de la stérilité du matériel, et en raison de l'urgence au cours de laquelle l'injection est réalisée.
- 3) **Réduire les nuisances liées aux consommations de drogues dans l'espace public,** et ce en visant à faire baisser à la fois la pratique de l'injection en public et l'abandon du matériel d'injection usagé dans ce même espace.

---

<sup>2</sup> Voir plus haut, point 2.2.2.4

Il faut savoir à ce sujet que l'injecteur de rue peut avoir tendance à rechercher des lieux d'injection à mi-chemin entre l'espace totalement public (là où tout le monde passe) et totalement privé (où, par définition, personne ne passe sauf l'« habitant » !). Il peut s'agir alors de lieux hybrides assurant d'une part une certaine tranquillité pendant l'instant de relative faiblesse que constitue l'injection, et de l'autre une certaine visibilité (lieu de passage médian, comme certaines impasses, parkings, cours d'immeubles...) assurant la possibilité d'un secours en cas de surdose. Cela souligne le caractère dangereux de la pratique (risque de surdose), mais aussi la réalité de la présence de tels consommateurs dans des lieux de passage occasionnels, qui peuvent être à mi-chemin entre l'*extérieur* et l'*intérieur*, pouvant alimenter ainsi le *sentiment d'insécurité* de la population (ces lieux « intermédiaires » - ruelles, impasses, etc. peuvent déjà être chargés d'un imaginaire propre un peu inquiétant, qui ne serait qu'amplifié par la possible présence d'injecteurs). Notons également que la surveillance (ou même l'illusion de la surveillance !) de tels endroits peut déplacer la consommation vers des lieux plus dangereux encore, parce que plus reclus, et plus éloignés de témoins et d'un possible secours en cas d'overdose. (Dovey, Fitzgerald & Choi, 2001).

Les mises sur pied de CIS visaient donc également à répondre à cette problématique, via la possibilité de réduire l'injection dans l'espace public ainsi que l'abandon de matériel usagé dans des lieux de passage. On peut noter à ce sujet, sans fausse pudeur, que les éléments qui entourent ce type de consommation (illicite, clandestine ou semi-clandestine – vu la nécessité d'une certaine proximité avec le tissu urbain en cas d'overdose !, dangereuse pour la santé) a pu mener certains lieux (parties de parcs publics, « coins » de rue, logements vides, trottoirs et ruelles...) à une occupation grandissante de ce public injecteur (notamment en Amérique du Nord). Ce qui amène certains évaluateurs politiques américains à constater que, selon les expériences menées à l'étranger (c'est-à-dire en Europe et en Australie - il n'existe pas encore de CIS aux Etats-Unis), les « communautés » semblent préférer en général, dans leur voisinage, un CIS bien géré à la situation relativement chaotique de consommations de rue qui l'a précédé.

#### **4) Stabiliser l'état de santé des usagers de drogues par injection**

Cet objectif passe par du travail médical ou infirmier de première ligne (soigner les abcès et infections essentiellement) ; par le dépistage des maladies transmissibles sexuellement et par le sang ; et par l'orientation, une fois un lien de confiance établi, vers d'autres services socio-sanitaires assurant le traitement des infections au VIH et VHC ou encore le traitement de la dépendance pathologique. Quant aux services répondant aux besoins primaires comme l'alimentation, le logement ou les soins corporels, ils sont souvent disponibles sur place, ou bien référencés et proches des locaux des CIS.

On peut terminer ce point en citant pour mémoire le cas allemand, pays qui, fort aujourd'hui d'une expérience de deux décennies ayant suivi l'ouverture du premier CIS, en compte 25 (juillet 2011), actifs au total dans 16 villes et six länder !

## Des résultats « evidence-based » ?

Nous verrons plus bas, notamment dans le paragraphe consacré à l'évaluation, que les effets des CIS sont très difficiles à isoler (qu'ils concernent la santé des personnes ou la santé communautaire d'une part, la réduction des nuisances de l'autre), particulièrement de manière quantitative. En effet, il est très délicat déontologiquement, et très difficile pratiquement de déterminer et de suivre un « groupe témoin », qui ne bénéficierait pas de l'accès à un CIS, pour comparer l'évolution de sa santé à celle d'un « groupe cible » qui, lui, bénéficierait de cet accès. On doit donc en règle générale se référer à des données qualitatives récoltées auprès des usagers ou de la « communauté », que celle-ci soit représentée par les habitants du quartier, le corps médical et socio-sanitaire ou encore les forces de l'ordre, par exemple. Les données auto-rapportées par les injecteurs eux-mêmes sont bien sûr aussi à prendre largement en compte (voir plus bas).

Par ailleurs, comme nous l'indiquons dans notre rapport 2010 sur l'usage de drogues en FWB, l'heure est, de plus en plus, à l'« evidence-based ». De nombreux politiques sont devenus, depuis le milieu des années 1980, des gestionnaires plutôt que des visionnaires, et pour valider une politique, il devient de plus en plus indiqué aux yeux de ceux-ci de « faire du chiffre ». Or, en prévention et surtout en réduction des risques, on change la qualité de la vie (de la santé) des consommateurs, la qualité de leur rapport à la communauté et, partant, la qualité de la santé communautaire, bien plus qu'on ne « sort des gens de la drogue », « fait baisser les consommations », « retarde l'âge de la première consommation », etc. Nous l'avons maintes fois répété : une politique plus ou moins répressive/plus ou moins libérale ne joue pas sur le volume des consommations, mais sur le contact avec les usagers et la possibilité de les prendre en charge et de les accompagner dans une optique de santé individuelle, et donc, à moyen terme, de santé communautaire !

Néanmoins, il se trouve que certains indicateurs sont non seulement mesurables, mais ont été mesurés. Nous souhaitons en témoigner, comme entrée en matière, nous faisant ainsi un peu « l'avocat du diable ». Nous allons ainsi détailler notamment, dans le paragraphe 4.5 (« évaluation ») de ce dossier, trois études publiées dans trois journaux scientifiques peu suspects d'éventuelles positions partisans : le CMAJ (Canadian Medical Association Journal) ; le Lancet et l'International Journal of Drug Policy. Qu'il nous suffise de signaler pour clôturer cette introduction, que ces études démontrent qu'un CIS géré avec méthode et dans un contexte politique et urbain bien préparé permet de :

- faire baisser significativement les overdoses fatales dans les quartiers voisins immédiatement le CIS par rapport aux quartiers plus éloignés de la ville<sup>3</sup> ;
- réduire significativement les nuisances sociales liées à la consommation dans les quartiers voisins le CIS (abandon de seringues et de matériel usagé, injection de drogues en public) ;

---

<sup>3</sup> Notons immédiatement qu'aucune overdose fatale n'a été déplorée à ce jour *dans* les CIS du monde entier, malgré des millions d'injections supervisées!

- afficher un « coût-bénéfice » très largement positif : 5,12 : 1, ou, dit autrement, un bénéfice pour la société (en productivité gagnée, en soins épargnés à la sécurité sociale, etc.) 5,12 fois plus élevé que les coûts du CIS.

## **2. Fonctionnement des CIS**

### **2.1 Matériel et services :**

Voici à présent un large aperçu des services offerts par les CIS. Ces services peuvent être soit une structure indépendante, uniquement dédiée à l'injection supervisée, soit être partie d'une structure plus large qui offre aux usagers un ensemble d'autres services comme échange de seringues, traitement des assuétudes, hébergement de crise, etc.).

On trouve la plupart du temps dans un CIS :

(Wolf et al., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Kimber et al., 2005 ; Hunt, 2006 ; cité par Bello et al., 2010 ; mais aussi Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011).

- **SALLE D' ATTENTE :** Un lieu d'accueil/salle d'attente est prévu, dans lequel arrivent les gens et où ils sont enregistrés tandis qu'on vérifie leur droit d'accès, leur état de santé (abcès, intoxication, etc.) s'ils le désirent. Une salle d'attente vaste aide à résorber la file qui pourrait se créer à l'extérieur, évitant ainsi aux yeux extérieurs un attroupement d'usagers de drogues dans l'espace public, ce qui peut augmenter l'acceptabilité pour la communauté (Broadhead, Kerr & Altice, 2002).
- **SALLE/CAPACITE/SMOKING ROOM :** La salle d'injection en elle-même offre plusieurs places, et est supervisée par un professionnel (infirmier ou travailleur social) qui assiste à l'injection. Ce dernier est formé à la supervision ou au conseil concernant l'injection à moindre risque. Chaque place est constituée d'une chaise et d'une table ou tablette lavable attenante à un mur. Parfois, une « smoking room », salle où les produits peuvent être fumés, voir inhalés ou sniffés (toujours sous la supervision d'un professionnel), est proposée en plus de la salle d'injection. Les salles d'injection ont une capacité qui tourne autour de 7 à 12 places, et un temps d'utilisation de 30 à 45 minutes. La capacité de 12 places est parfois citée comme idéale pour assurer un espace satisfaisant de consommation, de mouvement, mais aussi d'intervention en cas d'urgence médicale (Schneider & Stöver, 1999, cité par Broadhead et al., 2002). On peut signaler que la présence d'une "smoking room" a régulièrement été associée à une baisse de la consommation par injection (Allemagne). Le Point Focal de l'OEDT en Allemagne a confirmé cette tendance. Ceci est important dans la mesure où le développement de ce type de consommation alternative à l'injection fait partie de l'arsenal de la réduction des risques liés à l'injection et est susceptible de faire baisser de manière significative les problèmes médicaux graves (urgences) encourus par les

consommateurs, et leur sévérité, ainsi que la transmission de maladies infectieuses, la formation de lésions et d'abcès.

- **CHILL OUT** : Il s'agit d'un espace de repos où peuvent s'installer quelque temps les personnes qui en ressentent le besoin après avoir consommé. C'est également un espace de prévention, et de suivi des overdoses.
- **COUNSELING ET SOINS MEDICAUX** : C'est un espace de prise en charge individuelle dédié aux conseils et aux soins médicaux de base (désinfection, pansements...).
- **SERVICES GENERAUX** : Parfois, certains services généraux dits « de proximité » sont proposés (cafeteria, salle d'eau, lave-linge, etc.).
- **PREMIERS SECOURS** : Tous les CIS sont pourvus du matériel nécessaire à assurer les premiers secours en cas d'overdose, et le personnel, présent au moment des injections, est formé à cet exercice. Notamment, la présence de « salles d'urgences » entièrement équipées joue un rôle important en Espagne et en Australie. Ceci n'est pas indispensable lorsqu'un hôpital se trouve dans le voisinage direct du CIS, comme dans les CIS suisses et allemands. Un large évier est prévu pour se laver avant et après l'injection ; il est pourvu de savon et de serviettes en papier. On trouve aussi dans la salle du matériel stérile d'injection, qui sera géré par le personnel. Quant au matériel de premiers secours, il comprend généralement du matériel de respiration artificielle (masque, air bag), un tensiomètre, de l'oxygène, un brancard, des couvertures, un kit de premiers soins, des pansements... De plus, les CIS sont en général équipés d'un interphone permettant au personnel de demander une aide extérieure en cas d'urgence, et d'un téléphone permettant d'appeler un service hospitalier. Aucune overdose fatale n'a été observée dans les CIS à ce jour, malgré des millions d'injections supervisées. Un seul décès a été déploré, dû à un choc anaphylactique suite à une consommation de cocaïne. (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010).
- **OFFRES SUPPLEMENTAIRES** : Certaines offres supplémentaires ont été développées, et sont présentes aujourd'hui dans la majorité des CIS. On citera l'Orientation et Conseil en santé; les soins médicaux de base; la réorientation vers d'autres services (traitements de substitution, par exemple); le testing VIH/VHC; la vaccination contre les Hépatites A et B.

Les CIS sont aussi, bien sûr, un lieu de rencontre, d'échange et de parole.

## **2.2 Fonctionnement**

Les règles de fonctionnement peuvent varier selon les CIS :

(Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011)



- **ACCES** : La plupart des CIS n'acceptent que les personnes majeures, mais il y a des exceptions. Un statut de résident (dans la ville, dans la région) est parfois exigé. Certains CIS n'acceptent pas les personnes en cours de traitement de substitution aux opiacés ou les femmes enceintes. La durée accordée pour une injection dans la salle supervisée est souvent limitée. A quelques exceptions près, il n'est pas possible de procéder à une toute première expérience d'injection dans un CIS. C'est notamment le cas en Allemagne, où il est inscrit dans la loi fédérale sur les narcotiques que les **primo-consommateurs**, mais aussi les **consommateurs occasionnels**, doivent être exclus de ces dispositifs. Certains états vont plus loin dans l'interdiction d'accès à certaines catégories d'usagers :
  - **Polyconsommateurs** : Les personnes visiblement en état d'ivresse ou intoxiquées par une substance psychotrope quelconque à leur arrivée au CIS peuvent être exclues. C'est notamment le cas en Allemagne.
  - **Traitement de substitution** : Les personnes suivant un traitement de substitution aux opiacés sont parfois exclues des CIS, notamment en Allemagne.
  - « **Inconscients** » : le "manque de maturité" peut également être un critère de non-admission (lorsque la personne ne semble pas mesurer les risques qu'elle encourt en consommant).
- **ENREGISTREMENT** : Certains CIS pratiquent l'enregistrement nominal à l'entrée, parfois avec carte d'accès. Il arrive qu'une carte de résident de la ville hôte soit obligatoire (ce qui, à l'occasion, a grevé l'établissement d'une relation de confiance avec les usagers). D'autres ne procèdent qu'à un enregistrement anonyme à la première visite (pseudonyme...).
- **CAPACITE HORAIRE/TEMPS D'ACCUEIL** : En termes d'horaires, comme le préconisaient les guidelines d'une précédente « Conférence des salles d'injection supervisées » (Schneider & Stöver, 1999 ; cité par Broadhead et al., 2002), il semble à la fois opérationnel et raisonnable de prévoir un horaire de 12h par jour pour un CIS d'environ 10 places. Cela doit permettre d'accueillir environ 3500 à 4000 injections par mois, ce qui couvrirait les besoins de 1000 à 1500 usagers. En fonction de la population d'usagers de drogues par injection (UDIs) d'une commune, il peut être opportun de multiplier le nombre de CIS autant que nécessaire si leur nombre dépasse ces 1000 à 1500 individus. Ceci en gardant à l'esprit que l'horaire idéal pour couvrir les besoins (même si en pratique, les subsides et la politique locale ne le permettent généralement pas), serait 7 jours/semaine, 24h/24.
- **COMPORTEMENT** : Deal et violence sont proscrits. Souvent, des sanctions sont appliquées en cas d'infraction aux règles.
- **SUBSTANCES ET CONDITIONS D'INJECTION** : Les usagers apportent eux-mêmes les produits qu'ils vont s'injecter. Ils doivent généralement déclarer la nature de ces produits. Il arrive que certaines substances soient interdites (médicaments,

mélanges...). Le partage de substances, l'aide à l'injection entre usagers ou par le personnel, sont généralement bannis des CIS. Parfois, certains sites d'injection, comme l'aïne et le cou, ne peuvent être utilisés.

- **POLICE** : Dans certaines villes, la police assure une présence à pied dans les quartiers des CIS, afin d'assurer la sécurité et l'ordre. D'après les intervenants de ces CIS, les usagers s'étant exprimés sur cette présence policière ne s'en seraient pas sentis gênés.

### 2.3 Projets émergents

Finalement, une série de projets émergents, essentiellement implémentés en Allemagne, nous ont semblés dignes d'être mentionnés, ne fût-ce que comme source d'inspiration pour les CIS de « demain » (voir : Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011). On peut citer le « projet naloxone », des formations aux premiers secours, la prophylaxie dentaire, des espaces de relaxation, ou encore des soins pointus comme acupuncture ou pédicure. Citons aussi des salles de consommation mobile (Barcelone, Berlin).

Des formations au « secourisme lié aux drogues » *et* au « secourisme lié à la distribution de Naloxone » sont organisées dans un nombre grandissant de CIS en Allemagne. Elles sont également couplées à la distribution de Naloxone proprement dite dans deux villes : Berlin et Bochum.

- « SECOURISME » et DISTRIBUTION DE NALOXONE. La majorité des overdoses fatales ont lieu dans un cadre privé, et la moitié environ des victimes décèdent en présence d'autres usagers, d'arrêt cardiaque et respiratoire. La plupart de ces témoins sont eux-mêmes des consommateurs, ce qui les incline à ne pas prévenir les autorités par peur des poursuites légales ou parce qu'ils méjugent la gravité du problème. De plus, dans leur majorité, ils ignorent les gestes qui peuvent sauver, et reprennent parfois même des idées fausses très répandues, comme l'injection d'une solution saline comme antagoniste. En réalité, l'injection ou l'inhalation de la naloxone, antagoniste aux opiacés, est la manière la plus rapide (quelques minutes) et la plus spécifique de lutter contre l'issue fatale d'une overdose (c'est-à-dire contre la paralysie respiratoire, l'hypoxie, la perte de conscience et la chute de la tension artérielle). Ce produit est utilisé à cet effet dans un cadre médical depuis 40 ans. Toutefois, le temps de demi-vie de la naloxone est de 30 à 80 minutes, largement en-dessous de celui de la plupart des opiacés. Le regain de conscience peut dès lors n'être que temporaire et suivi d'un autre arrêt cardiaque ou respiratoire. Une nouvelle dose de naloxone doit alors être administrée.

Les conditions suivantes doivent être réunies préalablement à la distribution : 1) La naloxone doit être prescrite par un médecin (coût d'une ampoule : environ 5 euros) ; 2) L'utilisateur doit être formé aux « secourisme lié aux drogues » et à l'usage de naloxone (via la prise de connaissance des instructions d'usage et un échange avec le praticien) ; 3) Les conseils aux patients comme la distribution elle-même doivent être bien

documentés ; 4) Le bénéficiaire doit bien sûr être une personne en dépendance pathologique ; 5) Il doit également s'engager à signaler tout usage de naloxone dans le cadre prévu.

En outre, les travailleurs sociaux impliqués dans l'encadrement de ces usagers, s'ils découvrent une ampoule de naloxone sur l'un d'entre eux en situation d'overdose, sont couverts par la loi s'ils réalisent l'injection.

➤ EDUCATION A LA SANTE ET PREVENTION VIH/HEPATITES

Il s'agit de sensibiliser les usagers à la prévention des infections, et de leur proposer le vaccin combiné hépatites A et B.

➤ PROJET PILOTE : INTERVENTION PRECOCE EN PREVENTION HEPATITE C

L'hépatite C est souvent contractée précocement dans le parcours de consommation d'un usager de drogues. Etant donné que la plupart des injecteurs n'ont de premier contact avec les services spécialisés que plusieurs années après avoir commencé à consommer, un projet-pilote a été implémenté par un CIS (Fixpunkt e. V.) d'octobre 2008 à septembre 2011 afin que le personnel des CIS, qui entre fréquemment en contact plus précoce avec ces usagers, et ce en assistant à la consommation, profite de cette opportunité pour leur délivrer les conseils de prévention en cas de comportement à risques pendant la consommation.

Cet exemple illustre la coopération fructueuse qui peut être mise en place entre des services spécialisés en assuétudes et un CIS, croisant les savoirs et les spécificités pour obtenir des résultats qui n'auraient pas été possibles sans cette conjonction. La clé est l'« accès », via les services « bas-seuil » émergents que sont les CIS, à ce public précarisé et difficilement joignable par les services plus traditionnels.

➤ DESESCALADE

Parfois, des formations en « désescalade » de la violence sont données aux employés des CIS, afin que les équipes soient à même de désamorcer les situations tendues qui risquent de dérapier vers des agressions. La gestion de la violence verbale comme physique est abordée dans ces formations.

### ***3. Conditions d'implantation***

Un ensemble de conditions peuvent être recherchées pour augmenter tant que possible l'acceptabilité par la « communauté » (au sens large : la communauté de vie, l'environnement, les groupes sociaux et professionnels que côtoie l'usager) des projets émergents, et encore mal connus de cette même communauté, que sont les CIS. Il s'agit notamment de négocier la place des CIS dans la communauté avec les **forces de l'ordre** ; les **exécutifs locaux** ; les **services spécialisés** en assuétudes, mais aussi les **injecteurs eux-mêmes**, tout en travaillant le

**cadre légal** autant que possible pour l'adapter à cette nouvelle mesure de santé publique (Andresen & Boyd, 2009 ; Broadhead, Kerr & Altice, 2002 ; Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010 ; Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011. ; Noël et al., 2009).

### **3.1 Forces de l'ordre**

En Amérique du Nord, dans les endroits où sont implantés des services actifs avec les injecteurs, les forces de l'ordre sont globalement entrés dans une relation d'« assouplissement » de la règle vis-à-vis des usagers et des institutions qui implémentent ces programmes de santé (notamment les services proposant l'échange de seringues, qui ont ouvert la voie, suite à des négociations avec les forces de l'ordre elles-mêmes, mais aussi parfois sous des pressions officielles de cours de justice). Ils ont ainsi accepté de relâcher leur surveillance et les efforts déployés pour arrêter les usagers, lorsque ceux-ci se mettaient à fréquenter des services comme les comptoirs d'échange de seringues.

### **3.2 Cadre légal**

En 2002, sur demande de l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants), la section juridique du PNUCID a rendu un avis sur les CIS indiquant que rien ne permettait d'affirmer que l'établissement d'un CIS visait à inciter ou faciliter la consommation ou la possession de drogues illégales. L'avis conclut également que cette politique est en accord avec l'article 38, 1° de la convention de 1961 qui oblige les États à prendre « toutes les mesures possibles pour prévenir [l'usage] et pour assurer le prompt dépistage, le traitement, l'éducation, la postcure, la réadaptation et la réintégration sociale des personnes intéressées ».

Malgré tout, ce type de services constitue bien souvent une pratique émergente, qui peine parfois pendant de nombreuses années avant d'obtenir un cadre juridique clair et favorable, comme ce fut le cas pour le CIS *Insite* à Vancouver. Quant à l'OICS, il reste un organe essentiellement centré sur des mesures répressives.

En revanche, certaines avancées et contextes plus favorables sont à souligner. Ainsi, afin d'assurer cette sécurité juridique, l'Allemagne a voté, dès 2000, un amendement à la Loi fédérale sur les narcotiques, qui a jeté les bases d'un cadre légal satisfaisant pour l'implémentation des activités des SIS. Le but en était de légaliser les CIS existants, et d'assurer la légalité de ceux à venir. Les états n'ont donc pas ou plus à voter des exemptions pointues à une loi fédérale pour permettre cette pratique émergente. En Hollande, un cadre légal a été mis en place en octobre 1996, permettant aux usagers d'être en possession de drogues dans les locaux des CIS. En Espagne cela se fait par le biais de règlements locaux de santé publique.

Enfin, même le jugement final de la cour suprême du Canada sur le CIS *Insite* a changé le contexte de manière très positive au Canada, et constitue un exemple qu'on est en train d'étudier en Europe.

### **3.3 Exécutifs locaux**

L'implémentation de ces projets nécessite bien évidemment l'adhésion et l'implication des gouvernements (pouvoirs exécutifs) locaux. C'est notamment le cas quand des mesures doivent être pris au niveau local pour contourner ou assouplir des lois nationales/fédérales.

Cela dit, il est intéressant de souligner avec certains auteurs que quel que soit le degré de développement du cadre légal, même si celui-ci n'est pas entièrement satisfaisant, les arrangements qui existent entre les gouvernements locaux et les services existants les plus « pointus » (échange de seringues, travail de rue...) sont un cadre suffisant au développement connexe de CIS (Broadhead, Kerr & Altice, 2002).

### **3.4 Services spécialisés**

Le fonctionnement le plus fluide et le plus « ergonomique » (ou « multiplicateur ») de services spécialisés et d'un CIS qui occupent le même voisinage, est d'assurer, à l'intérieur du CIS, des antennes des services en question. Pour prendre l'exemple d'un service assurant des soins médicaux de base, il est connu que les injecteurs en font un usage erratique et donc peu efficace, attendant plutôt d'être gravement malade et faisant alors plutôt usage des services d'urgences (ce qui grève lourdement le coût des soins de santé). L'inclusion dans les locaux d'un CIS d'un service de soins médicaux de base y multiplie les visites des usagers et leur efficacité. Réorienter les usagers vers le siège (extérieur au CIS) de ces services en sera d'autant plus facile, car une relation de confiance a pu démarrer dans les locaux du CIS. Leur adhésion à l'ensemble de l'offre de soins (même ceux qui ne sont pas représentés dans le CIS) augmente également. Et à son tour, le CIS peut travailler avec des usagers en meilleure santé, ce qui tire l'ensemble du processus vers le haut.

### **3.5 Implication communautaire/implication des injecteurs**

Certains auteurs soulignent l'importance de faire adhérer la communauté des injecteurs eux-mêmes à un projet de CIS, voire même d'en inclure les leaders dans les assemblées décisionnelles des CIS afin qu'ils jouent un rôle de dialogue et de conseil actif auprès des représentants des services spécialisés, des exécutifs locaux et des forces de l'ordre (Latkin, 1998, cité par Broadhead, Kerr & Altice, 2002). Ce modèle de travail n'est pas sans rappeler le mode d'intervention *peer-to-peer* mis en œuvre dans les opérations Boule-de-neige, qui voient des jobistes consommateurs de drogues recevoir une formation donnée par des travailleurs de services spécialisés en assuétudes, afin de retourner ensuite diffuser dans leur communauté des messages de prévention et de réduction des risques.

D'autres auteurs vont dans le sens de la nécessaire implication de l'entière de la communauté dans le processus :

« L'implantation des SIS ne s'est pas fait sans heurts et les auteurs estiment que les conditions gagnantes reposent sur l'obtention d'un consensus entre les politiques de santé publique, les décideurs municipaux et les corps policiers, et nécessite un soutien important de la part de la communauté. » (Noël et coll., 2009, p10).

Et : « (...) comme le soulignent plusieurs auteurs l'acceptabilité d'un service d'injection supervisée dépend en bonne partie du travail qui aura été réalisé sur le terrain pour considérer les positions des différents acteurs touchés par la mise en place de cette mesure. La concertation entre les différentes instances municipales, policières et de santé publique est un enjeu majeur de la mise en place de ces services. » (Noël et al., 2009, p11).

#### **4. Présentation par ou pour les responsables politiques**

L'implantation et l'implémentation de CIS ne coulent pas de source. Cela fait partie d'un ensemble de pratiques pointues très pragmatiques issues des politiques de réduction des risques qui, dans un cadre de pénalisation de la consommation essentiellement moral, tentent, simplement au nom de l'efficacité de la politique de santé publique et de la meilleure santé de l'ensemble de la société, d'aller droit à ce qui marche sans se soucier de la morale hygiéniste : réduire les problèmes de santé pour les consommateurs ; réduire le nombre de consommations qui deviennent problématiques ; augmenter par conséquent le volume des consommations gérées/modérées/contrôlées (l'un des points les plus difficiles à défendre pour un représentant politique, dans un contexte prohibitionniste - voire « éradicationniste ») ; toucher les populations de consommateurs les plus précarisés et les plus difficiles à atteindre pour les sortir de la marginalité et tenter de les réinsérer ; réduire ainsi les coûts *et* le manque à gagner pour l'ensemble de la société ; diminuer le *sentiment* d'insécurité (de la population générale, des forces de l'ordre, des consommateurs eux-mêmes, de l'ensemble du corps social) ; diminuer l'insécurité *réelle* (encourue par les mêmes groupes). Autant de balises qui motivent et jalonnent la réduction des risques liés à l'usage de drogues dans un contexte prohibitionniste. Encore faut-il pouvoir les présenter et les faire accepter, d'abord par les politiques, puis par l'opinion publique. Les politiques n'étant pas différents des citoyens lambda (élus « du peuple »), et leurs préoccupations étant une sorte de concentré (légitime) des préoccupations de la rue, il est légitime également de présenter les mêmes arguments aux uns et aux autres pour plaider en faveur du développement des CIS. (Noël et al., 2009; Broadhead, Kerr & Altice, 2002).

##### **4.1 Que pense l'opinion publique ?**

Voici quelques indications des réactions qu'ont suscité dans le public l'implantation ou les projets d'implantations de CIS en Australie et au Québec : « L'implantation du Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) de Sydney en Australie, a donné lieu à des enquêtes auprès des résidents et des commerçants du secteur. En 1998, 76% des répondants étaient

favorables à l'ouverture du CIS. Entre 2000 et 2005, le MSIC obtient de plus en plus la faveur des résidents et des commerçants qui indiquent que cette mesure diminue les nuisances dans l'environnement et favorise la prévention. Au Québec, une étude sur l'apport des communautés dans le débat éthique entourant la mise en œuvre de programmes controversés a démontré que les approches de réduction des méfaits sont des mesures acceptables pour les populations vivant à proximité des personnes toxicomanes. Ces données qualitatives sont cohérentes avec les résultats de l'enquête réalisée en 2001 et en 2009 auprès de la population du Québec où 54 % et 63 % des répondants étaient favorables à l'implantation de lieux d'injection supervisée. » Les mêmes auteurs notent que : « Les résidents et commerçants des secteurs limitrophes apprécient être moins confrontés à la scène de personnes s'injectant dans leur milieu de vie et de travail. Des groupes de professionnels dont des médecins, des infirmières, des intervenants en toxicomanie et prévention du VIH et des hépatites, ainsi que des corps policiers les voient de moins en moins comme contradictoires à leurs mandats. » (Noël et al., 2009, p5).

#### **4.2 Serment d'Hippocrate: Primum non nocere deinde curare (D'abord, ne pas nuire, ensuite soigner !)**

La « réduction des méfaits » (les Québécois ont préféré le terme « méfaits » au terme « risques ») respecte un principe éthique de non-malfaisance. Celui-ci est conforme, selon nous, au célèbre principe du serment d'Hippocrate : « Primum non nocere, deinde curare » : d'abord ne pas nuire, (et seulement) ensuite soigner. Dans ce contexte, l'éthique dicte de réduire les dangers encourus par les usagers par voie intraveineuse, population des plus précarisées :

« Bien que les approches de réduction des méfaits puissent sembler contradictoires avec la promotion d'une vie en santé (...), la réduction des méfaits respecte le principe éthique de non-malfaisance. En effet, puisque l'élimination de l'usage inapproprié de drogues est utopique, il ne serait pas éthique pour la santé publique d'ignorer une approche qui permet de réduire les risques et les souffrances des personnes UDI. (...) C'est une bienfaisance utilitariste, qui vise la maximisation des bénéfices, sur le plan de la santé des personnes UDI dans le respect de leur autonomie, et la minimisation des inconvénients liés à la consommation de drogues injectables pour la collectivité. » (Noël et al., 2009, p5)

#### **4.3 Relevé des besoins non couverts par les services de santé classiques**

Une manière convaincante de s'interroger sur l'opportunité des CIS est de faire, en collaboration avec les services de santé existants, l'inventaire des besoins couverts de manière insatisfaisante (ou non couverts) par ceux-ci. Ainsi, réduire la transmission persistante de maladies infectieuses chez les UDIs, mais aussi favoriser l'accès à des soins médicaux de base, en amont des services d'urgences (sur-utilisés aujourd'hui,) sont deux exemples de

besoins difficiles à rencontrer en travaillant pour ces populations, ce qui peut amener à envisager les bénéfices d'un CIS. Citons pour mémoire :

- REDUIRE L'INJECTION DANS L'ESPACE PUBLIC ET LES RISQUES AFFERENTS

Pour prévenir l'apparition de symptômes de manque, pour ressentir les effets de la drogue le plus vite possible, ou tout simplement par l'absence d'endroit privé où consommer sans témoins, les injecteurs ont tendance à consommer le plus rapidement après l'achat de leurs produits, ce qui les amène à se les injecter dans des espaces publics ou semi-publics. Cela les amène, de surcroît, à procéder au plus vite, pour éviter soit une agression soit l'intervention de la police, et cela les mène à ne pas respecter les précautions élémentaires pour leur santé (choix et préparation du site d'injection, respect des gestes de réduction des risques, non réutilisation du matériel usagé ou nettoyage posé de celui-ci à l'aide d'eau pure et d'eau de javel, test de la force/concentration du produit pour prévenir l'overdose, etc.). Le risque qu'une overdose débouche sur une issue fatale, dans l'espace public ou semi-public en question, est lui aussi multiplié. Les allées, impasses, lieux de passage, dessous de ponts, etc., dans lesquels ont lieu les injections, sont souvent dépourvus de véritable adresse et d'un téléphone fixe, ce qui diminue les chances de pouvoir faire venir les secours en temps utile. (Noël et al, 2009 ; Dovey, Fitzgerald & Choi, 2001).

- TOUCHER UN PUBLIC DIFFICILE A ATTEINDRE

Traditionnellement, le contact est souvent établi avec le public des injecteurs via le travail de rue et l'échange de seringues. Cependant, dans les circonstances où ce contact est établi, les injecteurs sont parfois en pleine recherche pour s'approvisionner en drogues ou trouver de l'argent pour le faire. Il n'est donc pas toujours aisé que ce contact soit aussi fructueux que souhaité en termes de prévention et de réduction des risques. Les CIS peuvent constituer un plus dans ce contexte, étant donné leur environnement sécurisé et le fait que les usagers qui y arrivent se sont *déjà* approvisionnés. Ceci est vrai non seulement pour la salle d'attente et la salle de consommation, mais *a fortiori* pour la salle de relaxation où les usagers peuvent un peu se « poser » s'ils en ressentent le besoin, et dans les autres services (cafétéria, etc.) éventuellement proposés. Il en va de même, comme on l'a déjà vu, pour tous les services de santé présents hors des murs du CIS mais qui ont une antenne à l'intérieur de celui-ci : il est fait un bien meilleur usage de ces services *intra muros* qu'à l'extérieur, notamment de par leur proximité – puisque tout est réuni sur un même site, mais aussi de par la relation de confiance et la resocialisation (dans le sens de réintégration dans un réseau social, par opposition à l'isolement et au décrochage social) qui s'opère autour de l'usage du CIS par un injecteur. Le respect des rendez-vous, horaires et règlements s'en trouve également amélioré.

Il est important de noter que même les traitements de substitution à la méthadone n'offrent pas les mêmes opportunités. Dans certains cas (et dans certains pays ou régions), les patients



sous méthadone en programme ambulatoire sont même découragés de rester « traîner » une fois qu'ils ont reçu la dose de produit prescrite.

#### **4.4 Réduction des nuisances publiques et du coût pour la société**

Les CIS sont décrits dans la littérature comme réduisant les nuisances encourues par la communauté ainsi que les coûts endossés par celle-ci (voir plus bas).

En plus de l'abandon de matériel usagé, on ne peut que constater, dans les lieux de consommation publique, l'occupation régulière, parfois presque « institutionnalisée », de parties de l'espace (parcs, allées, trottoirs, etc.) par des communautés de consommateurs qui en empêchent *de facto* l'usage communautaire usuel, alimentant un sentiment d'insécurité dans la population générale. Un groupe d'experts de l'état de Victoria (Canada) a ainsi pointé en 2000 que l'expérience européenne suggérait que « les communautés trouvent un (CIS) bien géré plus acceptable dans leur voisinage que les situations d'usage de rue intense qui les précédaient ». (Broadhead et al., 2002, p 17).

#### **4.5 Réinsertion sociale des usagers**

La resocialisation des usagers est un bénéfice supplémentaire de certains CIS lorsque ceux-ci font directement appel à certains usagers pour assurer son bon fonctionnement:

« À Vancouver, les membres du regroupement des usagers Vancouver Area Network for Drug Users (VANDU) se sont impliqués dans la distribution du matériel d'injection et ils ont mis en place un service d'injection supervisée opéré par des utilisateurs bénévoles. Au Québec, les membres de la coalition pour la réduction des méfaits et ceux de l'ADDICQ (Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec) s'impliquent dans la prévention et se sont prononcés en faveur de l'implantation des SIS. Cette participation des communautés à l'amélioration de l'état de santé fait partie des stratégies d'action du PNSP. » (Noël et al., 2009, p11).

Cet effet de resocialisation lié à l'implication des usagers dans les services dont ils sont les bénéficiaires a été longuement abordé dans un « Carnets du risque » de l'asbl Modus Vivendi traitant spécialement de la fonction de « jobiste » rémunéré. Cette fonction est assumée par des usagers de drogues pour d'autres usagers de drogues (« peer-to-peer »), notamment par le biais des opérations de prévention par les pairs dites « Boule-de-neige ». Ce numéro des Carnets du risque souligne le fait que les jobistes, par ce processus, sont non seulement les auteurs de l'action de prévention, mais en sont en partie également les sujets, puisqu'ils retrouvent par cette fonction une raison sociale, un cadre et une discipline de travail qu'ils avaient perdus dans un certain nombre de cas, ce qui peut contribuer à les protéger ou les éloigner des consommations abusives ou dépendantes.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> La fonction de jobiste en réduction des risques liés à l'usage des drogues. Analyse et recommandations sur une facette originale de la prévention participative. Modus Vivendi, Septembre 2007. Disponible sur : <http://www.modusvivendi-be.org/IMG/pdf/carnet46.pdf> (consulté le 23 août 2012)

Plus généralement et au-delà des CIS où les usagers sont impliqués dans leur fonctionnement, le fait de fréquenter un CIS est également, dans une certaine mesure (variable suivant les services proposés au sein du CIS auquel « souscrit » chaque usager), resocialisant, puisqu'il s'adresse aux usagers les plus marginalisés, lesquels sont souvent coupés de tout milieu autre que ceux en lien avec la consommation clandestine.

## **5. Evaluations**

### **5.1 Trois études « evidence-based »**

Voici pour entrer de plain-pied dans cette partie consacrée à l'évaluation des actions et effets des CIS, les résultats essentiels des trois études « evidence-based » annoncées en introduction de ce dossier, publiées dans les journaux scientifiques suivants le CMAJ (Canadian Medical Association Journal), le Lancet et l'International Journal of Drug Policy. La première concerne la baisse des nuisances sociales, la deuxième le coût-bénéfice et le coût-efficacité d'un CIS, la troisième la baisse des overdoses fatales imputables à l'action d'un CIS, dans les quartiers de la ville avoisinant directement ce dernier.

#### **5.1.1. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users (Wood, Kerr, Small, Li, Marsh et al., 2004)**

**Contexte** : A la date de parution de cet article, aucune évaluation standardisée de l'impact des CIS n'avait été présentée dans la littérature scientifique, bien que de nombreux CIS aient déjà été créés en Europe, ainsi qu'un à Sidney (Australie). L'étude s'est donc attachée à l'évaluation de l'impact sur l'« ordre public » du premier CIS ouvert en Amérique du Nord (« *Insite* », 22 sept 2003, Vancouver). A noter que l'ouverture de ce premier CIS était conçue comme un projet-pilote de 3 ans, et soumise par les politiques responsables à la condition d'une évaluation scientifique rigoureuse.

**Méthode** : Utilisant un protocole de récolte de données standardisé de type prospectif, les auteurs ont mesuré dans un périmètre délimité<sup>5</sup> différents indicateurs de nuisance publique durant les 6 semaines précédant et les 12 semaines suivant l'ouverture du premier CIS de Vancouver. Les changements des variables suivantes ont été évalués entre ces deux périodes:

---

<sup>5</sup> La mesure des indicateurs spécifiques de l'ordre/désordre public à l'intérieur d'une aire géographique prédéfinie et à horaires hebdomadaires fixes fut réalisée sur le terrain par une simple « ronde » effectuée toujours selon le même itinéraire à travers l'aire prédéfinie, de 10 heures à midi le lundi, de 13h à 15h le mercredi, et de 15 à 17h le vendredi de chaque semaine. Les données des trois jours de récolte hebdomadaires ont été ramenées à une moyenne quotidienne pour chaque semaine d'observation, se basant sur la probable corrélation forte entre les jours d'une même semaine. Ainsi, 18 valeurs quotidiennes moyennes ont été obtenues (6 semaines avant + 12 semaines après l'ouverture).

nombre d'usagers injectant en public ; seringues et matériel d'injection abandonnés dans l'espace public. Une analyse de régression linéaire a été utilisée pour évaluer les changements au niveau de ces indicateurs de l'ordre public en tenant compte de variables pouvant fausser les changements observés entre ces deux périodes, comme la présence policière, le taux de pluviosité (issu des statistiques météorologiques officielles) ou encore la présence de dealers. . En outre, afin d'éviter un biais dû à une modification des **activités de récupération** de seringues et de matériel usagé durant l'évaluation, les activités de récupération n'ont pas été modifiées par la ville de Vancouver durant la période d'évaluation.

Les auteurs ont également examiné les corrélations entre le taux de fréquentation du CIS et les différents indicateurs de nuisance publique. Pour ce faire, le taux de fréquentation du CIS a été mesuré lors des mêmes jours de récolte de données des indicateurs de nuisance (trois jours/semaine).

**Résultats et discussion** : La période de 12 semaines suivant l'ouverture du CIS<sup>6</sup> est associée à des réductions du nombre d'injections de drogues en public, ainsi que du nombre de seringues et de matériel d'injection abandonnés dans l'espace public. Ainsi, le nombre moyen d'usagers s'injectant quotidiennement en public dans le périmètre d'étude était de 4,3 dans les 6 semaines précédant l'ouverture du CIS, et est passé à 2,4 dans les 12 semaines suivantes. Les moyennes correspondantes de seringues abandonnées quotidiennement dans l'espace public étaient de 11,5 et 5,4, respectivement. De manière corollaire, le nombre de seringues déposées dans les récupérateurs publics de seringues usagées était significativement plus élevé avant l'ouverture du CIS que durant la période qui a suivi (30.9 vs. 9.4;  $p < 0.001$ ).

Enfin, de manière consistante avec l'hypothèse d'une relation causale entre l'ordre public et le fonctionnement du CIS, le taux de fréquentation de ce dernier s'est avéré être négativement corrélé aux trois indicateurs de nuisance publique. Ces corrélations étaient statistiquement significatives même après prise en compte des variables confondantes « présence policière » et « pluviosité ».

A noter également que la **réduction de l'injection de drogues en public** durant la période qui a suivi l'ouverture du CIS (30.9 vs. 9.4) a également été confirmée (de manière qualitative et subjective certes) par la police et par d'autres organisations en contact avec des UDIs.

---

<sup>6</sup> Le CIS était ouvert et fonctionnel de 10h à 16h. Le nombre moyen de visites quotidiennes s'élevait à 184 la première semaine, pour grimper à 504 après 2 mois.

### **5.1.2. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study (Marshall, Milloy, Wood, Montaner & Kerr, 2011)**

**Contexte :** Cette étude, publiée dans le Lancet, visait à déterminer si l'ouverture du CIS (baptisé « *Insite* ») dans la ville de Vancouver le 21 septembre 2003 pouvait être associée à une réduction subséquente de la mortalité par overdoses chez son public-cible.

**Méthode :** Les taux de mortalité par overdose dans la population ont été mesurés dans la période précédant l'ouverture du CIS (1<sup>er</sup> janvier 2001 - 20 septembre 2003) et dans celle qui a suivi cette ouverture (21 septembre 2003 - 31 décembre 2005). Les taux d'overdoses fatales survenues durant ces deux périodes ont été comparés entre la population vivant dans un rayon de 500m autour du CIS, et celle vivant dans le reste de la ville (groupe contrôle). Une étude précédente (Wood et al., 2004, cité par Kerr et al., 2011) a été utilisée par les auteurs pour identifier la zone d'habitat des usagers les plus « habituels » d'*Insite*. Ces données révélaient que plus de 70% des usagers quotidiens n'habitaient pas plus loin qu'à 4 blocs du CIS. Les auteurs ont donc supposé que cette aire serait celle dans laquelle le CIS aurait l'effet le plus marqué en termes de réduction de mortalité par overdose. Ainsi, le « voisinage immédiat » du CIS fut défini comme tous les blocs ayant leur centre de gravité (« centroid ») à l'intérieur d'un rayon de 500m autour du CIS.

Le **recensement des décès** par overdoses répertoriées dans l'étude provient de l'enregistrement effectué par le Service de Médecine Légale de Colombie Britannique. Ce service public est responsable des enquêtes et de la documentation de toute mort non naturelle, inattendue ou inexplicite. Toute mort enregistrée par le médecin légal comme provoquée par une overdose accidentelle de drogue illicite (ou détournée de son utilisation licite !) était éligible à l'inclusion dans l'étude.

**Résultats et discussion:** On signalera tout d'abord que, comme dans les autres études examinées, les auteurs n'ont pas péché par optimisme dans leurs hypothèses. On pourrait même signaler deux potentiels biais les amenant à sous-estimer l'effet du CIS en termes de réduction des overdoses mortelles. En effet, les statistiques du Service de Médecine Légale de Colombie Britannique répertorient les décès dus à *toutes* les overdoses, et pas seulement les overdoses liées à l'injection. Par ailleurs, un deuxième biais de sous-estimation de l'impact effectif d'*Insite* provient du fait que les overdoses accidentelles et intentionnelles (suicides) ne sont pas toujours faciles à dissocier en médecine légale. Ces deux biais font sans doute que l'effet absolu d'*Insite* est sous-estimé puisqu'on comptabilise des overdoses sur lesquelles *Insite* ne pourra a priori jamais avoir d'impact (celles qui sont intentionnelles, et celles qui ne pourront jamais être prévenues par *Insite*).

Durant la durée de l'étude, *Insite* a assuré une moyenne de plus de 500 injections supervisées par jour, bien que n'étant qu'un projet-pilote ne disposant que de 12 « sièges » d'injection, dans un voisinage comprenant pourtant environ 5000 injecteurs. Sur l'ensemble des deux périodes, 290 personnes sont décédées d'overdose dans la ville : 30,7% des décès sont survenus dans un rayon de 500m autour du CIS. Si l'on compare les deux périodes, le taux d'overdoses fatales dans ce rayon a diminué de 35% après l'ouverture du CIS, passant de 253,8 à 165,1 morts par 100.000 personnes-et par an ( $p=0,048$ ). Comparativement, le taux d'overdoses fatales recensées dans le reste de la ville a seulement diminué de 9,3%, passant de 7,6 à 6,9 morts par 100.000 personnes et par an ( $p=0,490$ ). Enfin, l'interaction entre les variables « période » et « zone géographique » est par ailleurs significative ( $p=0,049$ ), ce qui confirme qu'*Insite* a un impact positif et significatif sur le taux d'overdoses observées dans son rayon d'action lorsque l'on prend en compte dans l'estimation statistique les mesures de contrôle (les OD survenues en dehors de son champ d'action).

Par ailleurs, des tests « de sensibilité » ont été effectués sur des unités de population plus petites que le total des habitants du « voisinage immédiat » (500m) de la SIS : tests effectués dans le même périmètre, mais sur les habitants des « blocs » d'une part, les habitants des « unités de recensement » gouvernementales (2500 à 8000 personnes) de l'autre. Ces tests supplémentaires ont confirmé l'impact du CIS sur la réduction d'overdoses mortelles.

Afin d'écartier un éventuel biais dû à une possible différence dans la présence de **traitements de substitution à la méthadone** dans le voisinage immédiat du CIS (500m) d'une part et au-delà de ce voisinage d'autre part, les auteurs ont à nouveau fait appel à l'étude précitée (Wood & al., 2004). Il ressort de cette étude que 23,4% des participants vivant dans le « voisinage immédiat » (500m) du CIS suivaient un traitement de substitution à la méthadone, contre 23,9% des participants habitant dans le reste de la ville, cette différence non-significative excluant l'éventualité d'un tel biais.

Les auteurs ont également pris en compte un autre biais potentiel, à savoir **l'importante augmentation de la population habitant dans le voisinage immédiat du CIS (500m) entre 2001 et 2005 (+ 14%)**. Pour ce faire, ils ont corrigé leur estimation en examinant la baisse des overdoses *à population égale de 2001 à 2005*, celle-ci étant à nouveau significative (-30%, par rapport à -35% lorsque l'on ne tient pas compte de ce facteur<sup>7</sup>).

Notons finalement qu'aucun changement significatif n'a été observé durant la période de l'étude en ce qui concerne **l'offre de produits** et la **pureté** de ceux-ci, ni dans les **types de drogues impliqués** dans des décès durant la période en question, que ce soit dans le voisinage du CIS ou au-delà. Quant aux modes d'usage (« patterns »), ils sont également restés constants durant cette période (Wood, Stoltz, Li, Montaner, & Kerr, 2006, cité par Kerr et al., 2011). Ces constats excluent donc l'influence de ces variables dans la différence de taux d'overdoses mortelles observée dans le voisinage du CIS entre les deux périodes comparées.

---

<sup>7</sup> Selon les auteurs, les statistiques de recensement du Canada ont justement fourni des efforts considérables pour mieux recenser les publics « cachés », dont les sans-abri et les usagers de drogues. Un meilleur recensement de ces populations ne risque donc pas a priori de faire baisser artificiellement le taux d'overdoses.

De manière générale, les **différences de taux de mortalité pré-post CIS** entre le voisinage de celui-ci et le reste de la ville suggèrent que l'impact d'un CIS est strictement limité à un périmètre assez restreint (la zone d'habitat/de vie des UDI), ce qui souligne la nécessité de les multiplier (un seul CIS pour une ville comme Bruxelles serait certainement insuffisant puisqu'on y recense plusieurs lieux de concentrations d'UDI) et de les implanter dans des zones à forte concentration d'UDI. L'examen d'une étude similaire mais portant sur l'impact d'un CIS au sein de villes de taille similaire aux grandes villes belges serait nécessaire pour le confirmer.

### **5.1.3. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility (Andresen & Boyd, 2009)**

**Contexte :** Le but de cette étude était d'évaluer et comparer le coût-bénéfice et le coût-efficacité du premier CIS d'Amérique du Nord (*Insite*), ouvert à Vancouver (voir ci-dessus) en analysant des données indirectes récoltées en 2008.

**Méthodologie:** Le nombre de nouvelles infections au VIH évitées par *Insite* et le nombre de morts prévenues annuellement par ce CIS ont été estimés par modélisation mathématique sur base de statistiques officielles ou bien documentées dans la littérature<sup>8</sup> : **taille de la population d'UDIs, fréquence d'injection** de la population d'UDIs, **taux de transmission du VIH** chez les UDIs, et **prévalence du VIH** chez les UDIs.

Afin d'identifier l'éventuelle économie sociale produite par *Insite*, le nombre de nouvelles infections au VIH évitées par *Insite* fut multiplié par le coût pour la sécurité sociale du traitement d'une infection au VIH (coût estimé sur l'ensemble de la vie restante des patients), alors que le nombre de morts prévenues annuellement par *Insite* a été multiplié par la « valeur » d'une vie au regard de l'économie sociale . Le coût annuel d'implémentation d'*Insite* a été utilisé pour estimer le coût sociétal de ce CIS. Les ratios coût-efficacité et coût-bénéfice ont ensuite été inférés de ces informations.

**Résultats et discussion:** Sur base d'estimations très prudentes, les auteurs ont calculé que le CIS de Vancouver, "*Insite*", prévenait en moyenne 35 nouvelles infections au VIH et près de 3 morts chaque année. Cela représente un bénéfice sociétal de 6 millions de dollars par an après prise en compte des coûts du programme, ce qui correspond à un coût-bénéfice de 5,12:1. Voyons plus en détail les différents termes des équations qui leur ont permis d'arriver à de telles estimations.

---

<sup>8</sup> A noter que, lorsque c'était possible, les statistiques officielles de la ville de Vancouver ont été utilisées dans les estimations. Lorsque celles-ci n'étaient pas disponibles, les auteurs ont fait appel à des chiffres largement utilisés dans la littérature médicale ou de santé publique. Les chiffres les plus prudents (les hypothèses « basses », dites « conservative values ») ont été généralement retenus, afin que le coût-bénéfice et le coût-efficacité ne pêchent pas par excès d'optimisme.

**Le coût opérationnel annuel du CIS « *Insite* »** (en ne tenant compte que de la partie « injection supervisée », c'est-à-dire sans les services connexes comme case management, soins de santé primaires et autres), fut estimé à 1,5 million de dollars. Deux autres estimations tenant compte de ces services connexes, existaient cependant : l'une, à 2 millions, l'autre à 3 millions de dollars. On va donc du simple au double (1,5 versus 3 !).

On pourrait objecter à raison, donc, que le ratio coût-bénéfice ainsi calculé risque d'être surévalué (2 fois trop élevé) puisque les coûts sont peut-être sous-évalués (ne représentant, selon l'estimation la plus haute, que la 1/2 du coût total d'*Insite*). En effet, les *bénéfices* en termes de changement de comportements hors-*Insite* (baisse des comportements à risque, comme le partage de seringues) sont, quant à eux, évalués en tenant compte de l'*ensemble* des services d'*Insite*, c'est-à-dire de tous les services connexes en plus de la salle d'injection elle-même. On aurait donc un coût sous-évalué, pour un bénéfice « correctement » évalué. Une estimation somme toute trop optimiste.

Toutefois, pour éviter cet excès d'optimisme, les auteurs ont justement divisé par deux les estimations des changements de comportements (baisse des comportements à risque) hors-*Insite*. En effet, Kerr et al. (2005, cité par Andresen & Boyd, 2009) estimaient le taux de partage des seringues des usagers d'*Insite* à 0.30 fois ce qu'il était pour les UDIs qui ne fréquentaient pas *Insite*. Les auteurs de la présente étude multiplient simplement ce ratio par deux, ce qui le fait passer à un ratio de 0.60 !

**L'estimation du coût médical d'une nouvelle infection VIH** dans la littérature américaine varie de 50.000 à 200.000 dollars américains. La valeur retenue par les auteurs, issue d'une étude de 1997 (Gold, Gafni, Nelligan & Millson, 1997, cité par Andresen & Boyd, 2009.), fut de 150.000 dollars canadiens; elle est basée sur une estimation de survie de 10 ans avec le VIH.

**La valeur estimée d'un décès évité** qui a été retenue par les auteurs est de 1,6 millions de dollars canadiens. Elle est basée sur une estimation basse - 5 millions de dollars canadiens (Miller, Cohen & Wiersema, 1996, cité par Andresen & Boyd, 2009.) observée dans la littérature et préférée à une estimation haute - 10 millions des mêmes dollars (Cohen, Rust, Steen, & Tidd, 2004), estimation basse qui a par ailleurs été revue à la baisse afin de la ramener uniquement à ce qui peut être considéré comme « tangible », soit la perte de productivité/revenu<sup>9</sup> et les coûts médicaux (que ce soit pour un décès par overdose ou par contraction du VIH).

---

<sup>9</sup> La perte concrète due au décès d'une personne peut être considérée comme la valeur que la personne aurait pu amener à l'économie sociale si elle avait vécu. Cette valeur est estimée par les auteurs à partir du produit intérieur brut par habitant (PIB), soit 33.640 dollars. L'âge moyen des usagers fréquentant *Insite* ayant été évalué à 35 ans, et la retraite de la vie active étant fixée à 65 ans au Canada, les auteurs comptent 30 ans en moyenne de perte de productivité par personne en cas de décès. Ce chiffre est ramené à 20 ans pour les personnes contractant le virus VIH, la survie de ces derniers étant évaluée à 10 ans ! En multipliant ce nombre d'années par le PIB moyen par habitant, les auteurs obtiennent le chiffre de 500.000 dollars canadiens potentiellement perdus par la société pour une personne contractant le VIH, et 660.000 dollars pour une personne décédant d'overdose.

On pourrait contre-argumenter qu'un toxicomane qui meurt serait plutôt une « charge » en moins pour la société, puisque s'il vit, il coûtera à celle-ci plus sûrement qu'il ne lui rapportera. Outre le fait que, par philosophie, les acteurs de santé publique refusent généralement d'adopter ou de cautionner cette pensée utilitaire purement cynique, et évaluent la vie de leurs usagers comme n'importe quelle autre vie, ce qui importe ici, c'est justement la vie « potentielle » qu'aurait mené la personne non-infectée, ou non-décédée d'une overdose, qui peut « potentiellement » atteindre le niveau de toute autre vie « normale »<sup>10</sup>.

Le pourcentage de morts dues au VIH chez les UDIs est connu et publié, au Canada, via les statistiques de la médecine légale. Il était de 5,1% de l'ensemble des UDIs décédés en 2002. La modélisation mathématique a permis aux auteurs d'estimer à 35 le nombre d'infections au VIH prévenues annuellement par Insite<sup>11</sup>.

Deux études précédentes ont fourni les taux d'overdoses annuelles survenues dans les murs d'Insite. Kerr, Stolz & al (2006, cité par Andresen & Boyd, 2009) et Kerr et al. (2006, cité par Andresen & Boyd, 2009) ont ainsi rapporté que parmi les overdoses survenues dans Insite, 16,4% ont mené à un arrêt respiratoire. Bien que l'arrêt respiratoire ne soit pas la seule cause possible de décès lors d'une overdose, les auteurs ont uniquement considéré ces 16,4% comme overdoses potentiellement fatales, afin d'obtenir une estimation qui ne soit pas trop optimiste (estimation basse).

Sur base de ces différentes variables, la moyenne des résultats des quatre modèles mathématiques fournit un **ratio coût-bénéfice, pour les morts évitées et les infections au VIH prévenues**, de 5,12 :1. Ces morts et ces infections évitées rapporteraient donc à la société 5,12 fois ce qu'elles lui coûtent. Les auteurs insistent sur le fait que ce ratio est probablement encore sous-estimé, vu les « hypothèses basses » qui ont systématiquement été adoptées pour les variables utilisées dans les estimations.

Ce ratio coût-bénéfice se situe dans la moyenne des autres ratios coût-bénéfice dégagés par les études pour différentes interventions en prévention ou traitement des assuétudes. Cette comparaison doit cependant être prise avec précautions, les résultats recherchés par les différentes interventions n'étant pas toujours comparables. Notamment, au contraire de certaines interventions, *Insite* n'a pas été pensé pour faire baisser le taux de criminalité dans le

---

<sup>10</sup> Deux choses à ce propos : d'abord, Insite, comme de nombreux CIS, propose un ensemble de services qui dépassent la seule injection stérile et constituent en fait une prise en charge globale de l'utilisateur, susceptible de l'amener vers une amélioration considérable de sa santé générale à long terme. Ensuite, le professeur Sandro Cattacin, de l'Université de Genève, faisait remarquer au cours de la journée « Une politique cohérente en matière d'assuétudes à Bruxelles » organisée par la CTB à Flagey le 15 avril 2008, que les usagers injecteurs suisses suivant des programmes d'injection d'héroïne médicale menaient souvent aujourd'hui, du point de vue communautaire, une vie proche de la normale, dans le sens où ils venaient s'injecter leurs produits le matin, se rendaient à leur travail, revenaient s'injecter leurs produits le soir, puis rentraient chez eux mener une vie familiale pareille à des milliers d'autres. Cette expertise indique qu'il n'est que très partiellement vrai de penser qu'en cas de survie, les usagers d'opiacés ne seront jamais qu'une charge pour la société.

<sup>11</sup> Quatre modèles mathématiques, issus de trois sources différentes, ont été utilisés. Ces modèles estiment le nombre d'infections au VIH directement évitées (Laufer, 2001. Cité par Andresen & Boyd, 2009.), et évaluent le nombre d'infections au VIH avec et sans les prestations du CIS (Kaplan & O'Keefe, 1993; Jacobs et al., 1999; Laufer, 2001. Cité par Andresen & Boyd, 2009).



quartier où il fut installé (même si – voir ci-dessus -, les nuisances publiques s'en sont malgré tout trouvées largement réduites !). Cependant, ces comparaisons sont suffisantes à placer le CIS *Insite* parmi une série de modalités de réponses efficaces et rentables aux problèmes soulevés par l'usage de drogues par intraveineuse. Et ce d'autant que certains bénéfices liés aux autres services d'*Insite* (diagnostics, immunisation, renvoi à des structures de soins/sevrage) n'ont pas été inclus dans les calculs des auteurs, bien que d'autres études l'aient fait par ailleurs (Frei, Greiner, Mehnert & Dinkel, 2000, cité par Andresen & Boyd, 2009), et qu'il résulte de ces bénéfices une diminution substantielle de l'appel à des ressources médicales diverses.

## **5.2 Revue des études et rapports d'évaluation**

Il est éthiquement inconcevable d'organiser des protocoles expérimentaux stricts qui viseraient à dégager des preuves scientifiques des effets des CIS. L'idéal sur le plan méthodologique serait en effet d'échantillonner les UDIs et de les répartir aléatoirement dans deux groupes en veillant à ce que ceux-ci soit appariés au niveau de certaines variables (âge, niveau socio-économique, nationalité, etc.) : un groupe serait « invité » à fréquenter le CIS alors que l'autre en serait interdit d'accès et volontairement laissé à sa précarité.

La plupart des CIS évalués l'ont été via des observations de type monitoring utilisant les données routinières des CIS et évaluant leurs résultats par des méthodes d'enquête avant/après auprès des usagers. Des données tierces (police, institutions municipales...) permettent souvent de recouper ces données. Enfin, le CIS de Sidney et celui de Vancouver ont été évalués de manière approfondie selon des méthodes plus complexes et scientifiquement plus robustes (études longitudinales, études rétrospectives).

En voici les résultats les plus marquants :

### **5.2.1. Publics particulièrement marginalisés et hors d'atteinte**

Les usagers qui se rendent dans un CIS pour faire usage de ses services sont en général plus nombreux que ceux qui ne s'y rendent pas « à être sans domicile fixe, à s'injecter chaque jour de l'héroïne et/ou de la cocaïne, à s'injecter dans des lieux publics, et à avoir eu une overdose récente (...). L'évaluation du CIS de Sydney a aussi montré, chez les usagers fréquents, une vulnérabilité particulière telle que l'injection en public ou le recours à la prostitution » (Bello et al., 2010, p214).

Il est donc désormais bien établi qu'un public particulièrement marginalisé, difficile à joindre et à haut risque est atteint par les actions des CIS.

### **5.2.2. Améliorer la santé des usagers en réduisant la morbidité et la mortalité associées aux overdoses/surdoses**

« Tous les CIS sont équipés pour faire face aux overdoses et leur personnel est formé. Dans certains CIS, un médecin est présent sur place (Madrid, Sydney), dans d'autres, les équipes interviennent pour les premiers secours et font appel aux services d'ambulance si nécessaire. Les overdoses ou autres urgences sont des événements enregistrés dans la plupart des CIS et les taux rapportés varient entre 0,5 à 7 urgences pour 1 000 injections » (Bello et al., 2010, p216).

Une des objections opposées à l'ouverture de CIS fut la crainte que leur fréquentation par les usagers, créant un climat de fausse sécurité, amène ces derniers à adopter des comportements plus risqués qu'avant, les exposant à un risque accru d'overdose. Or, « Une étude menée chez les usagers du CIS de Vancouver, mesurant le taux d'overdoses non fatales avant et après le début de la fréquentation du CIS n'a pas montré d'augmentation » (Bello et al., 2010, p217). Inversement, comme nous l'avons vu plus haut, l'implantation d'un CIS semble même associée à une diminution des overdoses fatales enregistrées dans le voisinage du CIS (Marshall et al., 2011).

Pourtant, la plus-value du CIS s'exprime évidemment dans la possibilité d'intervention médicale face à ces dernières. En effet, malgré les milliers d'overdoses (Heidrich, 2004) survenant dans les CIS, (comme à l'extérieur), aucune de celles survenant dans les CIS n'a donné lieu à un décès jusqu'à ce jour. Cette donnée, et les estimations réalisées sur l'état de santé des patients, suggère un réel impact des CIS sur la morbidité et la mortalité associées aux overdoses.

Par ailleurs, les conseils très largement diffusés dans les CIS quant aux dosages, et le fait que le personnel décourage voire interdise les mélanges semble quand même jouer un rôle non négligeable de prévention des overdoses. (Noël et al., 2009).

La plus-value des CIS en termes de prévention et traitement des overdoses semble donc bien réelle. La morbidité et la mortalité associées à celles-ci s'en trouvent infléchies de manière encourageante.

### **5.2.3. Réduire les risques spécifiques pour la santé liés à l'injection**

Les risques encourus par les injecteurs, sur lesquels peuvent agir les travailleurs des CIS, sont les risques de transmission des maladies infectieuses (VIH, VHC) et les risques d'infections liés à des conditions d'injection peu hygiéniques. On citera aussi toutes les lésions directes (plaies, œdèmes, lésions des veines), infections cutanées (abcès), ou encore le risque de thrombose, même si ceux-ci sont nettement moins évalués!

En Allemagne, en Australie et au Canada, on a pu observer des effets positifs des CIS sur l'injection à moindre risque : « 76 % des usagers à Vancouver, 46 % des usagers journaliers à Hambourg et 41 % des usagers à Sydney rapportent des progrès dans leur pratique de l'injection. » (Bello et al., 2010, p217).

Il en va de même pour ce qui est du partage des seringues, selon les études qui ont réussi à isoler les effets des CIS (ce qui n'est pas aisé, vu la multiplicité des intervenants en réduction des risques notamment – échange de seringues, pharmacies, etc.) :

« L'évaluation du CIS de Vancouver (Kerr et coll., 2005 ; Wood et coll., 2005d et 2006c) et une étude récente menée à Madrid et Barcelone (Bravo et coll., 2009) ont (montré) une diminution du partage des seringues spécifiquement associée à la fréquentation de CIS chez des usagers de drogues injectées recrutés dans la communauté. » (Bello et al., 2010, p218).

Par ailleurs, il semblerait que les changements de comportements positifs dans les pratiques des injecteurs semblent de nature à influencer, à l'extérieur, une population d'usagers plus large que ceux qui utilisent les CIS (Heidrich, 2004). Ceux-ci seraient influencés positivement dans leur pratique de l'injection par les « bonnes pratiques » émergentes de leurs pairs ayant fréquenté les CIS.

Il faut toutefois noter que l'effet direct des CIS sur l'incidence (nombre de nouveaux cas) des maladies infectieuses reste difficile à isoler, à cause des difficultés méthodologiques déjà citées (difficulté de créer un « groupe témoin », notamment), mais aussi à cause de la multiplicité des interventions proposées en dehors des CIS.

Sur le point précis de la réduction de l'incidence du VIH et du VHC, les résultats liés à l'évaluation des CIS de Sidney et de Vancouver restent encore parcellaires. Il faudra attendre la poursuite des études longitudinales en cours pour obtenir des données totalement fiables sur le sujet. La seule chose qui est réellement acquise, c'est que la fréquentation des CIS tend à faire baisser les prises de risques (partage des seringues et du matériel d'injection) liées à la transmission de ces maladies. Mais il faut se rappeler que, par exemple au Québec, on n'a pu mesurer qu'après 10 ans environ une baisse irréfutable de l'incidence du VIH chez les injecteurs faisant usage des programmes d'accès au matériel d'injection (comptoirs d'échange de seringues, etc.). (Noël et al., 2009).

On retiendra donc globalement que des preuves convaincantes existent que les risques spécifiques liés à l'injection sont réduits par les actions des CIS, lesquels ont également un effet positif sur les habitudes d'injection entraînant des risques de transmission des maladies virales.

#### **5.2.4. Favoriser l'accès aux soins**

L'accès aux soins reste variable d'un CIS à l'autre, allant de la simple offre de soins de base jusqu'aux traitements de substitution. La majorité des CIS adressent les usagers à d'autres centres plus spécialisés pour les prises en charge somatiques ou de la dépendance.

On retiendra cependant avec Heidrich que les évaluations existantes portant sur les CIS en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas indiquent que leurs usagers font usage de l'offre de services sociaux et de santé, au point que la demande dépasse souvent l'offre. Cela se comprend aisément, puisque cette population marginalisée est, comme on l'a vu, peu en contact avec ce type de structure par ailleurs. De plus, cette auteure note que seule une petite proportion des usagers ne font usage du CIS que pour profiter des salles de consommation. La majorité d'entre eux font appel à un moment ou l'autre aux services médicaux, de conseil ou de traitement proposés (Hedrich, 2004).

De manière générale, « les données disponibles permettent donc de conclure que les CIS contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues injectées, par leur offre de soins de base et par leur activité de relais vers des structures plus spécialisées. » (Bello et al., 2010, p218)

#### **5.2.5. Vérifier l'absence d'effets secondaires indésirables potentiels**

L'ouverture de CIS soulève généralement une triple inquiétude quant aux effets non recherchés suivants : l'augmentation du nombre d'injecteurs, l'augmentation de la fréquence d'injection et la diminution du nombre d'entrées en traitement.

Les cas de première injection dans un CIS sont rares. Celle-ci y est majoritairement prohibée, et dans le pire des cas, découragée. « À Vancouver, on a pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas eu une augmentation de nouveaux injecteurs dans la communauté à la suite de l'ouverture du CIS, et plusieurs autres études ou revues ont fait des observations qui vont dans le même sens. À Genève, une enquête qualitative a montré que les usagers réagissaient de manière variable à l'existence du CIS. Pour certains, il représente un facteur de stabilisation ou de diminution de la consommation, pour d'autres un facteur d'augmentation de la consommation, ces deux situations sont minoritaires et semblent être d'importance équivalente. Pour la plupart des usagers, la fréquentation du CIS n'a pas d'influence sur la fréquence de consommation. » (Bello et al., 2010, p219).

Voici ce que relatent les auteurs quant à une possible diminution de l'entrée en traitement ou même à l'abandon des traitements en cours : « Une étude menée dans la communauté à Vancouver a montré qu'il n'y avait pas eu d'augmentation du nombre de rechutes chez les personnes traitées ni une diminution du nombre de personnes qui arrêtent de s'injecter. Les

études menées en Suisse ne montrent pas non plus d'effet délétère sur l'entrée ou le maintien en traitement. » (Bello et al., 2010, p220)

Quant aux usagers des CIS qui ont abandonné un traitement ou qui le suivent mal (notamment en continuant à s'injecter par ailleurs), la fréquentation du CIS est plutôt une occasion de renouer le contact avec eux et de leur donner l'opportunité de reprendre le traitement de manière suivie. Ainsi, entre l'année qui a précédé l'ouverture d'Insite à Vancouver, et celle qui l'a suivie : « La proportion de ceux qui sont entrés en traitement de la dépendance est passée de 21,6 % à 31,3 % (...). Le mécanisme de référence vers les services de traitement de la dépendance, lorsqu'il est facilité par un contact direct entre les usagers et un conseiller du SIS, augmente en efficacité(...). Les mêmes effets avaient été observés avec les programmes d'accès au matériel d'injection(...). » (Noël et al., 2009, p33).

Pour le point précis des usagers en traitement de substitution à la méthadone, si certains pays comme l'Allemagne les excluent de la plupart des CIS, d'autres comme la Suisse partent du point de vue pragmatique selon lequel, une fois que des usagers sous méthadone ont choisi de s'injecter quand même des opiacés par ailleurs, autant essayer qu'ils le fassent dans les conditions les plus sécurisées et hygiéniques possibles (Hedrich, 2004).

Globalement, les études disponibles suggèrent que les CIS ne conduisent pas à une augmentation des personnes qui s'injectent et de la fréquence d'injection et qu'il y a complémentarité plutôt qu'opposition entre CIS et traitement (Bello et al., 2010, p220).

Finalement, un point précis, pour mémoire : une étude suisse a examiné la possible association entre le fait que du crack soit fumé dans certaines de ces "smoking rooms" avec une montée de la violence et des agressions dans le CIS, mais un tel lien n'a pu être validé. (Spreyermann & Willen, 2003., cité par Deutsche AIDS-Hilfe and akzept e.v., 2011).

### **5.2.6. Diminuer les nuisances pour la communauté**

On l'oublie, mais les mesures de réduction des risques, et singulièrement les CIS, ont souvent répondu à un désir de réduire les nuisances encourues ou perçues par la communauté. Il s'agit des nuisances en termes de santé publique d'abord (abandon de matériel usagé qui fait courir un risque pour la santé des habitants), et ensuite des nuisances sociales (rassemblements, bruit, dans certains cas petite délinquance, injection dans l'espace public, deal, etc.).

« Les attentes de la population à ce sujet étaient grandes, par exemple en Suisse où l'ouverture des premiers CIS a fait suite à une période d'existence de « scènes ouvertes de la drogue » (Zobel & Dubois-Arber, 2004, cité par Bello et al., 2010, p221).

L'étude sur l'impact du CIS *Insite* examinée plus haut (Wood et al., 2004) a, on l'a vu, révélé une diminution de l'injection dans l'espace public et de l'abandon de matériel d'injection usagé, tendances confirmées par des observations ultérieures de la police.

Des études similaires menées à Sidney et à Genève montrèrent des résultats plus contrastés, avec parfois une fluctuation des nuisances vers le bas, puis vers le haut, mais montrèrent sur le moyen terme des résultats tout aussi positifs, moyennant parfois quelques ajustements des programmes.

On notera aussi que, s'il arrive malgré tout que certains des usagers de CIS continuent à faire usage de drogues dans l'espace public, cela semble largement lié à une capacité et une couverture insuffisantes, raison pour laquelle une plage d'ouverture longue et un élargissement de la capacité de certains CIS seraient de nature à couvrir les besoins d'une portion plus satisfaisante de la population cible (Heidrich, 2004).

« Pour ce qui concerne les délits associés à la consommation (deal, vols...), l'évaluation de Vancouver n'a montré ni augmentation ni diminution du trafic, des agressions ou des vols dans le quartier du CIS entre l'année précédant l'ouverture et l'année suivante. Un constat similaire avait été fait à Genève et aux Pays-Bas. » (Bello et al., 2010, p221).

Globalement, les enquêtes menées auprès du voisinage des CIS, ainsi que les registres des plaintes déposées à la police, montrent des résultats positifs, suite aux ouvertures de CIS, en termes de nuisances perçues. Quant aux délits commis pour se procurer de la drogue (vols, cambriolages...), les études disponibles ne révèlent pas d'augmentation de ceux-ci dans le voisinage des CIS (d'après les données policières). Les policiers eux-mêmes, quant à eux, témoignent souvent de ce que les CIS contribuent à prévenir ou minimiser l'usage public de drogues. Mais cela n'est vrai que si les actions de la police ne sont pas renforcées dans d'autres quartiers, ce qui a parfois eu, à la marge, pour effet de relocaliser des « scènes ouvertes » de consommation plus près des CIS (Heidrich, 2004).

On a donc un ensemble de données fiables et convergentes qui indiquent que les nuisances tendent à diminuer dans le voisinage des CIS, tandis que la criminalité liée à l'acquisition de drogues reste stable, ne disparaissant pas mais n'augmentant pas non plus. On n'oubliera pas, à ce sujet, que faire baisser cette criminalité reste le travail de la police plutôt que des acteurs du champ socio-sanitaire.

### **5.2.7. Gagner l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)**

Implanter un CIS dans une communauté en le faisant accepter par celle-ci, selon la littérature existante, a toujours dépendu, même en cas de résistance politique forte, du degré d'interaction des responsables du CIS avec les institutions et les groupes communautaires locaux : « D'une manière générale, les études et revues disponibles constatent que l'implantation des CIS a rencontré des difficultés, qui ont pu être plus facilement surmontées lorsqu'un consensus local pouvait être construit et que la communication et la collaboration

entre les structures, la police, les riverains, les autorités politiques fonctionnaient. » (Bello et al., 2010, p221).

Il faut noter à ce sujet qu'en l'absence d'une telle collaboration entre toutes les institutions en présence, le risque de concentrations d'usagers peut même être accru. En effet, de telles concentrations ont été observées dans certains quartiers de villes européennes suite à l'implantation de services de réduction des risques (dont des CIS), mais c'était dans un contexte de « zone de tolérance », en même temps que se déployaient des activités de répression plus suivies dans d'autres quartiers, et en l'absence des mêmes services de réduction des risques dans ces autres quartiers. En d'autres mots, ajouter une branche, même spécialisée, à un ghetto abandonné par les institutions, sans décloisonner ce ghetto et sans y réintroduire les institutions qui l'ont quitté (même la police !), ne va faire que ghettoïser encore plus l'aire en question ! (Kubler et al., cité par Noël et al., 2009). Notamment pour *Insite*, à Vancouver, la police a joué un rôle actif pour inciter les usagers qui s'injectaient dans l'espace public à faire usage du CIS. Toute implantation a donc tout intérêt à se faire en concertation avec des institutions présentes et actives sur le terrain.

On a pu voir plus haut (Andresen & Boyd, 2009), que le rapport coût-bénéfice du CIS *Insite* de Vancouver était positif (réduisant à terme la charge financière qui pèse sur la collectivité), même si les coûts d'implantation et de fonctionnement d'un CIS sont élevés. D'autres études sur les CIS de Vancouver et de Sidney vont dans le même sens (MSIC Evaluation Committee, 2003 ; Bayoumi & Zaric, 2008, cité par Andresen & Boyd, 2009).

### **5.2.8. Sécurité sanitaire**

Toutes les évaluations de processus menées dans des CIS ont mis en évidence que les conditions hygiéniques nécessaires à une injection « propre » pouvaient être réunies et maintenues. Si une insécurité est à prendre en considération et à gérer, elle serait plutôt du côté organisationnel et humain :

« Les problèmes rencontrés sont essentiellement liés au respect des règles de fonctionnement ou aux files d'attente. Les tentatives de deal à l'intérieur ou aux abords du CIS, la tension chez les personnes en manque pendant l'attente, les conflits entre usagers existent et peuvent être source de stress pour le personnel, qui doit à la fois accueillir les usagers, superviser les injections, et maintenir l'ordre en appliquant parfois des sanctions. Le personnel est exposé à des situations tendues, dramatiques ou lui posant des problèmes d'éthique ou de limites entre le maintien du lien avec l'utilisateur dans un esprit de réduction des risques et le respect absolu des règles de fonctionnement. Toutefois, ces problèmes peuvent être gérés et ne sont pas suffisamment fréquents ou importants pour empêcher un bon fonctionnement des CIS. La formation et le suivi du personnel sont un élément déterminant de la qualité du service des CIS. » (Bello et al., 2010, p216)

Globalement, les évaluations révèlent que, malgré des difficultés prévisibles qui restent surmontables, les populations les plus à risques peuvent être accueillies dans les CIS, et leur

consommation gérée de manière satisfaisante à la fois du point de vue de la sécurité sanitaire et du point de vue organisationnel.

### **5.2.9. Motivation et satisfaction des usagers**

De manière générale, les services et le cadre proposés par les CIS conviennent tout à fait, selon les évaluations, aux usagers. Les facteurs de satisfaction cités de manière prépondérante par ces derniers sont : le cadre serein (sans stress) dont ils bénéficient pour s'injecter ; les conditions d'hygiène rencontrées ; l'absence d'intervention policière – au contraire des scènes « ouvertes » de rue ; la sécurité qu'offre le CIS par rapports aux risques immédiats liés à l'injection ; l'aspect « lieu de rencontre » ; l'accès à des soins de base et à des conseils que fournissent les CIS ou encore l'apprentissage encadré de l'hygiène d'injection et de l'hygiène corporelle en général . Notons à ce sujet que les usagers d'*Insite* « estiment que les activités éducatives à *Insite* sont particulièrement efficaces en comparaison de celles fournies dans le cadre d'autres activités de prévention comme l'accès aux seringues. La démonstration de l'injection sécuritaire au moment de la consommation s'avère plus efficace que le simple enseignement des pratiques sécuritaires.» (Noël et al., 2009, p30).

Soulignons aussi que l'accès à des soins médicaux de base semble jouer un rôle important dans la motivation des usagers à utiliser les CIS, et dans leur satisfaction (Hedrich, 2004).

## **5.3 Validité des évaluations**

L'analyse critique de la littérature réalisée par Noël (Noël et al., 2009) n'a relevé qu'une faiblesse considérée comme significative dans les études d'évaluation des CIS disponibles à cette date. Celle-ci fut relevée dans une étude de Wood, Tyndall, Zhang, et al. (2006), qui portait sur l'effet de la fréquentation d'un CIS sur l'entrée en cure de désintoxication.

L'étude porte exactement sur la proportion d'usagers qui ont entamé un traitement de la dépendance ou une cure de désintoxication pendant leur fréquentation du CIS *Insite*, et les facteurs qui y sont associés. Celle-ci fait référence à une cohorte d'injecteurs appelée cohorte SEOSI (Scientific Evaluation of Supervised Injecting – SEOSI – cohort) basée sur un échantillon représentatif des usagers du CIS (Wood et al., 2004, cité par Noël et al., 2009). Voici ce qu'en disent les auteurs : « Les résultats montrent que 18 % des usagers du service participants à la cohorte SEOSI avaient entrepris un programme de désintoxication ou de traitement au moment du suivi. Or, les auteurs tirent la conclusion que la mise en opération de *Insite* n'avait pas eu pour effet de réduire la proportion des personnes recourant à de tels programmes. En l'absence d'un point de comparaison (que ce soit par un contrôle pré-post exposition dans la même cohorte ou par la comparaison avec une cohorte d'usagers n'utilisant pas les services du SIS), cette conclusion apparaît non justifiée. » (Noël et al., 2009, p36).



Cela dit, les auteurs soulignent l'existence d'une étude réalisée par les mêmes auteurs sur le même sujet, qui a suivi la première, et qui compense largement la faiblesse relevée (Wood et al., 2007, cité par Noël et al., 2009, p36.). Voici ce qu'ils en disent : « Il convient par ailleurs de signaler la réalisation d'une étude subséquente concernant les liens entre la fréquentation de *Insite* et les taux d'entrée en désintoxication et en traitement de la dépendance qui compense en grande partie cette faiblesse. Cette seconde étude, basée sur une comparaison des taux d'entrée dans les services de désintoxication et de traitement avant et après le début de l'utilisation des services de *Insite* dans la cohorte SEOSI, a montré une augmentation significative de l'entrée en traitement après le début de l'utilisation du SIS. »

Globalement, les études disponibles sont donc considérées comme valides et fiables.

### **5.3.1 Sur la capacité des études d'isoler les effets des CIS (et des autres services de réduction des risques)**

Il demeure compliqué d'isoler de manière sûre les effets de CIS sur les populations d'injecteurs qui les fréquentent. Ceci d'abord pour les raisons éthiques et pratiques déjà évoquées (difficulté de constituer un « groupe témoin » qui ne bénéficierait pas des services du CIS), mais aussi parce que les changements des comportements en santé sont multifactoriels et qu'il serait très difficile (et coûteux) d'isoler ces facteurs de manière exhaustive (déterminants individuels, sociaux économiques, politiques et environnementaux de la santé). Il faut dès lors se résoudre à ces zones d'ombre, tout en gardant à l'esprit qu'« on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique. » (Noël et al, 2009, p37).

### **5.3.2 Sur les effets de phénomènes et processus « étrangers » aux SIS et à leurs services partenaires**

Des facteurs étrangers aux actions de gestion des assuétudes influent également sur les comportements de consommation et de santé des usagers et même sur leur mortalité et leur morbidité. On peut ainsi citer les pratiques juridiques et policières, les conditions économiques, le comportement des marchés des drogues. Ces facteurs demeurent eux aussi impossibles à prendre en compte de manière exhaustive dans les études d'évaluation. Cependant, en défaut d'un outil d'analyse assez puissant pour mesurer les dits effets, d'excellentes études (toutes sur le CIS *Insite*) se sont concentrées avec fruit sur « l'autre bout de la lorgnette », soit les raisons de l'efficacité des services proposés par le CIS, et surtout les raisons de cette efficacité. Elles ont donc pu, malgré la difficulté généralisée à tenir compte de *tous* les facteurs sociétaux, dégager des preuves de grande valeur notamment sur un facteur comme l'éducation à l'injection à moindres risques.

Ici encore, les auteurs considèrent qu' « on peut considérer que les recherches actuelles constituent une résolution partielle, mais satisfaisante de cet enjeu méthodologique. » (Noël et al., 2009, p39.).

### 5.3.3 Évaluer des effets à court, moyen et long termes

Pour terminer, il convient d'insister sur le facteur temps, quant aux évaluations des effets des CIS. En effet, il faut garder à l'esprit que les effets positifs de l'accès au matériel d'injection n'ont pu être mis en évidence de manière satisfaisante que récemment, alors même que ces programmes se sont développés essentiellement dans le milieu des années 1990. À ce point, nous ne pouvons que prendre acte du fait que les résultats des recherches évaluatives sont soit positifs, soit neutres par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics généralement visés par la mise en œuvre de ces services.

De plus, étant donné l'absence de faiblesses importantes des recherches considérées individuellement aux plans de la validité et de la fiabilité ainsi que l'état des savoirs théoriques et empiriques, il apparaît difficile d'imaginer que la tendance observée dans les résultats à moyen et long termes pourrait s'inverser complètement pour que l'on en arrive à conclure que les SIS ont des effets significativement négatifs par rapport aux objectifs de santé et d'ordre publics visés. » (Noël et al., 2009, p39).

## 6. Conclusion

Les CIS ne sont pas une solution miraculeuse et unique à la problématique des consommations de drogues par injection dans son ensemble. Ils sont plutôt une **offre complémentaire** aux structures de prévention, de soins et de réduction des risques existantes. Cette nouvelle offre est intéressante de par sa spécificité : la **réduction des risques particuliers liés à l'injection**, soit le risque d'**overdose mortelle** et les risques d'**infections et de lésions liés à la technique et à l'hygiène de l'injection**.

En ce qui concerne les overdoses en particulier, l'absence d'overdose mortelle sur les millions d'injections déjà réalisées dans les CIS du monde entier ne peut que parler en faveur de cet aspect de réduction des risques assumé par ces structures. On notera également une gradation dans la réduction des risques : les CIS qui ont du personnel capable d'injecter la Naloxone sur place en cas d'overdose (Vancouver, Sidney), n'opèrent un transfert vers les services d'urgences que dans moins de 10% des cas, contre 50 à 70% des cas dans certains CIS d'Allemagne ne possédant pas ce savoir-faire. (Noël et al, 2009).

Pour ce qui est des techniques d'injection et de l'hygiène liée à celle-ci, il faut noter que les bonnes habitudes acquises dans le cadre d'un CIS peuvent évidemment être appliquées par les injecteurs hors de ces locaux, ce qui s'avère bénéfique pour leur santé à long terme. De plus,

cela a également un effet bénéfique sur les pairs, qui tendent également dans une certaine mesure à adopter les « bonnes pratiques » rapportées des CIS par leurs compagnons. Cela contribue également à rompre l'habitude de ces usagers de ne faire appel aux structures de soins médicaux qu'à l'extrême limite, souvent via les services d'urgences. Cela constitue donc un gain pour eux en termes de santé, et un gain pour la communauté, notamment en termes économiques puisque des soins appliqués à temps réduisent la gravité et le poids économique des traitements. Les **analyses coût-efficacité et coûts-bénéfices** récentes confirment cette balance économique positive.

La complémentarité avec les autres offres se manifeste également par la **reprise de contact avec un public très difficile à atteindre**, souvent en rupture avec le reste de l'offre socio-sanitaire. Comme les CIS sont pour eux un endroit de refuge et d'accès à des soins de base, cela (re)donne l'occasion de les orienter vers d'autres services si nécessaire et s'ils le souhaitent. Notamment, pour ceux d'entre eux qui suivent un traitement de substitution sans avoir réussi à abandonner l'injection par ailleurs, ou pour ceux qui ont abandonné un traitement en cours, cela peut être l'occasion de reconnaître l'existence de ce traitement, et de discuter de l'opportunité de le reprendre, ou de le suivre de manière plus assidue. « Le lien avec les autres offres du réseau de soin devrait donc être particulièrement cultivé, en dépassant le clivage encore trop présent entre traitement et réduction des risques. » (Bello et al., 2010, p223)

Il faut garder à l'esprit que les CIS s'implantent dans des contextes variés, avec une offre elle-même variée, qu'il importe d'inventorier avant de formuler l'offre complémentaire que pourra apporter le CIS. En procédant de la sorte, par le dialogue avec les institutions et groupements locaux, on augmente la chance de présenter une action intégrée de manière fluide à l'offre existante, et donc la chance de faire accepter le CIS.

Il faut se rappeler également qu'en termes de **réduction des nuisances dues à l'injection dans l'espace public**, les CIS sont aussi évalués positivement : les études montrent une diminution de l'injection dans l'espace public mais aussi du matériel usagé abandonné dans cet espace. Aucune augmentation de la criminalité dans le voisinage des CIS n'a été mesurée, pas plus que de déplacement de cette criminalité dans l'espace urbain. (Noël et al., 2009).

## 7. Bibliographie

- Andresen, M. A., & Boyd, N. A. (2009). Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *International Journal of Drug Policy*, 21, 70-76.
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179, 1143-1151.
- Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., et al. (2010). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. INSERM : Paris.
- Broadhead, R. S., Kerr, T. H., & Altice F. L. (2002). Safer injection facilities in North America: their place in public policy and health initiatives. *Journal of Drug Issues*, 32, 329-355.
- Denis, B., Dedobbeleer, M., Benabderrazik, A., Bizimungu, D.G., & Sciera, V. (2009). Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus (2009). *Santé Conjuguée*, 47, 7-12.
- Deutsche AIDS-Hilfe and Akzept e.v. (2011). *Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum*. Berlin.
- Dovey, K., Fitzgerald, J., & Choi, Y. (2001). Safety becomes danger: dilemmas of drug use in public space. *Health & Place* 7, 319-331.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Luxembourg.
- 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*. Monograph 10. Publications Office of the European Union: Luxembourg.
- Kerr, T., Wood, E., Grafstein, E., Ishida, T., Shannon, K., et al. (2005). High rates of primary care and emergency department use among injection drug users in Vancouver. *Journal of Public Health*, 27, 62-66.
- Kimber J, Mac Donald M, Van Beek I, Kaldor J, Weatherburn D, et al. (2003). The Sydney medically supervised injecting centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *Journal of Drug Issues*, 33, 639-648.
- Kimber J, Dolan K, Van Beek I, Hedrich D, & Zurhold H. (2003). Drug consumption facilities: an Update since 2000. *Drug and Alcohol Review*, 22, 227-233.

Marshall, B. D. L., Milloy, M. -J., Wood, E., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study, *The Lancet*, 377, 1429-1437.

Milloy, M. J. S., Kerr, T., Mathias, R., Zhang, R., Montaner, J. S. et al. (2008). Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 499-509.

Milloy, M. J. S., Kerr, T., Tyndall, M., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLoS One*, 3, e3351.

MSIC Evaluation Committee (2003). *Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. MSIC Evaluation Committee: Sidney.

Noël, L., & Gagnon, F., Bédard, A., & Dubé, E. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature*. Institut National de Santé Publique du Québec : Québec.

Small, W., Rhodes, T., Wood, E., & Kerr, T. (2007). Public injection settings in Vancouver: physical environment, social context and risk. *International Journal on Drug Policy*, 18, 27-36.

Wood, E., Kerr T, Spittal, P. M., Li, K., Small, W., et al. (2003). The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32, 2-8.

Wood, E., Kerr, T., Montaner, J. S., Strathdee, S. A., Wodak, A., et al. (2004). Rationale for evaluating North America's first medically supervised safer injecting facility. *The Lancet Infectious Diseases*, 4, 301-306.

Wood, E., Tyndall, M., Zhang, R., Stoltz, J.A., Lai, C., et al. (2006). Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *New England Journal of Medicine*, 354, 2512-2513.