



# Salles de consommation à moindres risques

Note de synthèse

Octobre 2016

## Table des matières

1. <i>Introduction</i> .....	4
2. <i>Définitions et contexte général</i> .....	5
2.1. Définition de la réduction des risques.....	5
2.2. Définition des salles de consommation à moindres risques .....	6
2.3. Objectifs des SCMR.....	8
2.4. Fonctionnement et conditions d'accès : .....	8
2.5. Craintes par rapport aux SCMR .....	9
3. <i>Historique et SCMR dans le monde</i> .....	11
4. <i>Epidémiologie</i> .....	13
4.1. Introduction.....	13
4.2. Questions de recherche .....	13
4.3. Résumé des données épidémiologiques disponibles.....	14
4.4. En bref : par question .....	18
5. <i>Evaluation de ces dispositifs</i> .....	20
5.1. Atteinte du groupe cible visé .....	20
5.2. Porte d'entrée vers les soins - premiers contact - promotion santé.....	21
5.3. Raisons évoquées pour la fréquentation des SCMR .....	21
5.4. Diminution du risque d'overdoses et de décès liés aux drogues - interventions d'urgence et soins primaires .....	21
5.5. Evolutions des modes d'injection à risque et partage de matériel.....	22
5.6. Impact sur la transmission de maladies infectieuses.....	22
5.7. Impact sur les nuisances publiques et la criminalité.....	23
5.8. Coût-efficacité .....	23
5.9. Réponse aux craintes par rapport aux SCMR .....	24
5.10. Conclusions du rapport le plus récent .....	24
6. <i>Aspects législatifs</i> .....	26
6.1. Législation internationale.....	26
6.2. Législation belge .....	28
6.3. Responsabilité des intervenants et des autorités .....	29
7. <i>Situation et vision à Bruxelles : modèle préconisé</i> .....	31
7.1. Préambule .....	31



7.2. Constats .....	31
7.3. Principes du dispositif de salle de consommation à moindre risque envisagé.....	32
7.4. Présentation du dispositif concret .....	33
7.5. Conclusion : position des cabinets bruxellois.....	36
8. <i>Conclusions</i> .....	37
9. <i>Références</i> .....	39
10. <i>Annexe</i> .....	42

## 1. Introduction

La Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé Publique a donné à la Cellule Générale de Politique en matière de Drogues la mission suivante : « la CGD examine la faisabilité et les conditions fondamentales pour la mise en œuvre éventuelle de salles de consommation à moindre risque en Belgique, avec une attention particulière pour les besoins et aspects juridiques, organisationnels et budgétaires ». La CGD soumet ses constatations à la Réunion Thématique Drogues de la CIM.

Un groupe de travail a été constitué et quatre réunions ont été organisées. Vous trouverez en annexe la liste des membres du groupe de travail.

Cette note donne un aperçu du contexte (définition, objectifs, craintes, conditions d'accès, ...) et décrit l'historique de l'implémentation de ce type de dispositif à l'étranger. Ensuite, une synthèse des données épidémiologiques permettant d'étayer les discussions ainsi qu'un résumé des évaluations des dispositifs existants seront présentés.

Un chapitre sera ensuite consacré aux aspects législatifs. En effet, il est important d'analyser la législation internationale et d'évaluer les conditions juridiques nécessaires pour la mise en œuvre d'un tel dispositif.

Les conditions d'accès préconisées à l'étranger seront présentées.

Les gouvernements bruxellois ont également consulté le secteur de soins à Bruxelles. De cette consultation, un modèle de dispositif de salle de consommation à moindres risques, intégré dans le réseau de soins, a été proposé, argumenté et budgétisé. Ce rapport reprend une synthèse des conclusions des consultations du secteur bruxellois.

Pour conclure et après un résumé condensé du rapport, les conditions de mise en œuvre d'un tel dispositif en Belgique ainsi que les recommandations politiques et techniques pour la suite seront explicitées.

Cette note est approuvée par la CGPD le 20 septembre et par la Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé publique du 24 octobre 2016.

## 2. Définitions et contexte général

### 2.1. Définition de la réduction des risques

Les salles de consommation sont une des stratégies de réduction des risques. Dans un premier temps, il semble donc opportun pour la bonne compréhension de définir ce que l'on entend par réduction des risques.

Le concept de réduction des risques peut être défini de manière différente selon les contextes nationaux et culturels, et renvoyer à des pratiques diverses. Selon l'Inserm<sup>1</sup>, il se fonde sur une vision de santé publique qui « valorise la capacité des individus à se prendre en charge » et insiste sur la nécessité pour les politiques de santé de prendre en compte les besoins des individus concernés. L'individu se trouve ainsi au centre du dispositif et la réduction des risques porte une attention particulière aux trajectoires, aux modes de vie et aux comportements des usagers afin de définir des mesures de santé publique qui répondent à leurs besoins. Il s'agit d'une réponse qui se veut pragmatique, qui rompt avec l'idéal d'éradication des drogues et prend ses distances par rapport à une approche moralisatrice, en s'abstenant de juger.

Selon l'EMCDDA (rapport 2010), la réduction des risques comprend les interventions, les programmes et les politiques qui visent à réduire auprès des personnes, des communautés et de la société les dommages au niveau social, de la santé et économiques liés à l'utilisation de drogues.

La réduction des risques est définie dans la Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues du 25 janvier 2010 comme étant : « une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes ; la réduction des risques concerne tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette stratégie est utilisée pour les substances illicites et pour les substances « légales » comme l'alcool et le tabac ».

Selon la charte de réduction des risques rédigée par le secteur bruxellois<sup>2</sup>, « la réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues ». Elle concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'apprêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et

---

<sup>1</sup> Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Expertise collective, Inserm, 2010.

<sup>2</sup> [http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2011/charte\\_de\\_la\\_reduction\\_des\\_risques.pdf](http://feditobxl.be/site/wp-content/uploads/2011/charte_de_la_reduction_des_risques.pdf)

les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire ».

Plusieurs associations belges francophones ont élaboré, en concertation avec les acteurs socio-sanitaires concernés par la problématique, une Charte de la réduction des risques<sup>3</sup> qui a pour objectif « de constituer le socle conceptuel de toute démarche pouvant se réclamer de la réduction des risques liés à l’usage de drogues ».

La charte énumère les valeurs suivantes :

- L’usager est une personne
- Ne pas juger la consommation
- La RDR a des finalités propres : la diminution des cas de VIH et d’hépatites. Il s’agit donc d’une approche pragmatique, qui contribue à la promotion de la santé comme la prévention et le traitement.
- L’usager a des droits (en termes de participation sociale, de santé, d’éducation, de travail), il est capable d’agir de manière responsable et d’être acteur de la vie sociale et de la réduction des risques.

Elle identifie également des principes d’intervention:

- Ne pas banaliser l’usage de drogues
- Donner les moyens de réduire les risques (information, matériel, éducation)
- Encourage la responsabilité des usagers
- Rencontrer usager dans son milieu de vie
- Participation des usagers
- Faire évoluer les représentations sociales concernant les usagers % stigmatisation-exclusion
- Sensibiliser les professionnels de tous secteurs concernés
- Réflexion et évaluation

## 2.2. Définition des salles de consommation à moindres risques

Les salles de consommation à moindre risques sont des :

- Endroits spécifiques, utilisés pour une consommation de drogues, dans des conditions d’hygiène optimales, dans un environnement de « non-jugement » et sous la supervision d’une équipe médicalisée (ou formée). Ces drogues sont obtenues au préalable par les usagers.

- Espaces bien déterminés où sous contrôle (médical) des consommateurs de drogues peuvent s'injecter/inhaler des drogues sans intervention des forces de l'ordre. Ces drogues auront été achetées préalablement.

Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, imbriqué dans des stratégies locales qui répondent à une multitude de besoins individuels et communautaires résultant de la consommation de drogues.

Les salles de consommation permettent de mettre à disposition des usagers de drogues :

- du matériel stérile d'injection
- des conseils durant et après la consommation
- des soins d'urgence dans les cas d'overdose
- des soins médicaux primaires
- des réorientations vers les services médico-psycho-sociaux les plus appropriés

Ce type d'initiative permet d'attirer dans l'offre de soins les usagers de drogues les plus difficiles à atteindre, surtout les plus marginalisés, ceux qui consomment dans la rue dans des conditions non-hygiéniques.

Il existe différents modèles selon les pays (l'équipe est-elle plus médicale ? Plus sociale ? Parle-t-on de la consommation de drogues comme d'une maladie ou non ?, ...). Elles sont supervisées par une équipe pluridisciplinaire professionnelle composée de médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux et parfois par d'anciens usagers. Ces compositions varient fortement en fonction des endroits.

Il est important de ne pas confondre les SCMR ni avec les scènes ouvertes d'injection ni avec les programmes d'héroïne médicalisés où le produit de consommation est prescrit par les médecins. De plus, le personnel n'est pas tenu d'aider à l'administration des substances. Le personnel est présent pour donner des conseils, éventuellement de l'échange de seringues et d'autres méthodes de réduction des risques, et est formé en matière de prévention et d'aide urgente.

Les salles de consommation intègrent des aspects de prévention, étant donné la présence d'un personnel capable de fournir de l'information, des conseils et des possibilités d'orientation. De cette manière cela favorise aussi le maintien du lien social et limite les situations d'exclusion.

La consommation de drogues est tolérée dans les SCMR mais avec le message que l'achat et la possession peuvent faire l'objet de sanctions. Il est important de rappeler que bien que la consommation de drogues soit tolérée dans les salles de consommation, l'achat de ces drogues est pénalisé dans tous les pays qui ont mis en place des SCMR.

### 2.3. Objectifs des SCMR

L'objectif des SCMR est de mettre les personnes les plus marginalisées consommatrices de drogues en rapport avec des professionnels de santé en vue de diminuer les risques pour leur santé, pour leur entourage et pour l'environnement.

Au niveau international les objectifs des SCMR sont (selon INSERM, EMCDDA 2010) :

- 1) Améliorer l'accès aux soins pour les usagers de drogues les plus vulnérables
- 2) Favoriser l'inscription dans le circuit de soins et les services socio-sanitaires (orientations)
- 3) Améliorer leur état de santé et leur bien-être
- 4) Réduire les pratiques à risque liées à l'usage de drogues via la psychoéducation liée à l'injection (diminuer les risques de transmission de maladies infectieuses (HIV/Hépatite C))
- 5) Réduire la morbidité et la mortalité parmi les usagers de drogues visés
- 6) Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics (diminuer la visibilité de l'usage, la criminalité et le nombre de seringues usagées sur la voie publique)
- 7) Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues (ambulance, urgence, traitements onéreux de l'hépatite,...)
- 8) Apporter une réponse locale (souvent décidée par les autorités locales) à des problèmes spécifiques de santé publique

### 2.4. Fonctionnement et conditions d'accès :

Les SCMR sont en général situées à proximité des endroits où se rassemblent les consommateurs, où ont lieu trafic de drogues et consommation en public. La SCMR peut être une structure indépendante ou être intégrée à une structure offrant d'autres services (programmes d'échange de seringues, traitement de la dépendance, hébergement d'urgence...). Toutes les SCMR sont équipées du matériel de premiers secours permettant de faire face aux overdoses et le personnel est formé pour assumer ce type d'urgence.

Les conditions d'accès varient d'un endroit à l'autre mais en règle générale :

- L'accès est réservé à des groupes cibles définis sur base de certains critères. Ces critères peuvent varier d'un dispositif à l'autre :
  - Il faut très souvent être porteur d'une carte d'admission remise en fonction de certains critères (exemple : être un habitant de la ville où se trouve la SCMR).
  - Les usagers occasionnels ou débutants en sont exclus ainsi que les mineurs d'âge (sauf en Allemagne où l'accès est possible dès 16 ans)
  - Les usagers ne peuvent pas se présenter à la SCMR dans un état d'imprégnation avancée

- Certaines SCMR n'admettent pas les femmes enceintes ou les personnes actuellement en traitement pour leur dépendance (ex : Allemagne)
- La durée de séjour en salle d'injection est souvent limitée
- Les usagers s'engagent à respecter un règlement d'ordre intérieur qui précise un certain nombre de mesures d'hygiène et de sécurité
- Les usagers apportent leur produit et généralement déclarent ce qu'ils vont s'injecter.
- Parfois certaines substances (médicaments, mélanges...) sont interdites.
- Le partage de substances entre usagers, l'aide à l'injection entre usagers ou par le personnel sont interdits.
- Le deal et la violence sont interdits
- Une équipe pluridisciplinaire sur place assure un encadrement et est formée pour répondre à des situations d'urgence sanitaire
- Une pièce d'identité est demandée à l'entrée (Suisse, Allemagne, Hollande)
- Le nombre de places est limité
- Les usagers qui ne sont pas conscients des dangers des produits consommés peuvent être exclus (ceux qui n'en n'ont pas la capacité mentale)

Les SCMR comprennent généralement :

- Un espace d'accueil qui sert aussi de salle d'attente, où l'on enregistre les personnes et vérifie leur droit d'accès à la SCMR et leur état général (intoxication éventuelle préalable)
- Un espace de consommation à plusieurs places (de 3 à 20)
- Certains pays (Pays-Bas, Suisse) proposent un espace d'inhalation en plus
- Un espace de repos pour ceux qui en ont besoin
- Un espace de soins et d'orientation de première ligne où un conseil individuel peut être donné (pour plus de 75% d'entre elles)
- Pour certaines SCMR, des services annexes sont proposés : petite cafeteria, salle d'eau, machine à laver, ...
- Certaines SCMR (comme par exemple au Danemark) peuvent être mobiles

## 2.5. Craintes par rapport aux SCMR

Depuis de nombreuses années, les craintes énoncées par rapport aux SCMR sont les suivantes :

- 1) Incitation à l'usage de drogues voire initiation de la consommation
- 2) Augmentation de l'usage de drogues
- 3) Normalisation de l'usage de drogues
- 4) Création de conditions de « confort » pour les consommateurs qui retardent l'entrée dans les soins



- 5) Regroupement des usagers de drogues et de dealers autour des salles de consommation
- 6) Aggravation des problèmes liés au marché de drogues local
- 7) Incohérence des SCMR avec la politique pénale en matière de drogues

### 3. Historique et SCMR dans le monde

La première SCMR au monde fut ouverte en Suisse à Berne en 1986 et reconnue officiellement en 1988.

L'ouverture de la SCMR de Berne faisait suite à plusieurs constats : manque d'efficacité des stratégies basées sur les mesures de répression et d'abstinence ; échec de la mise en place de zone de tolérance sans cadre précis ; propagation des nouvelles infections au HIV, au HVC et augmentation continue d'overdoses et de « scènes ouvertes » avec toutes sortes de nuisances sociales associées.

Au début des années 90, l'Allemagne et les Pays-Bas mettent également en place de tels dispositifs. Au Pays-Bas, avait déjà eu lieu dans les années 70 la mise en place de tels dispositifs, tenus par des pairs et non reconnus officiellement. Par la suite, début des années 2000, des SCMR sont ouvertes à Sydney en Australie (2001) et à Vancouver au Canada (2003). L'Espagne, le Luxembourg, le Danemark et la Norvège complètent la liste des pays ayant inclus ces espaces dans leurs politiques et pratiques relatives aux drogues.

Seuls les Pays-Bas et la Suisse assurent une couverture nationale de ces salles de consommation. Dans la majorité des cas, les SCMR ne sont implantées que dans les capitales ou dans des régions spécifiques.

La France devrait ouvrir sa première salle de consommation à l'automne 2016. De plus, de nouvelles salles de consommation sont prévues à Vancouver et Montréal dans les mois à venir.

Le tableau ci-dessous reprend la liste des salles de consommation à travers le monde.  
(EMCDDA, 2015, Baufay, 2012)



<b>Pays</b>	<b>Nbre SCMR</b>	<b>Nbre de villes</b>
Suisse	12	8
Pays-Bas	31	25
Allemagne	24	15
Espagne	12	2
Luxembourg	1	1
Norvège	1	1
Danemark	5	3
Grèce	1	1
Australie	2	1
Canada	1	1
France	1	1

## 4. Epidémiologie

*Jérôme Antoine, Els Plettinckx, Lies Gremeaux - WIV-ISP*

### 4.1. Introduction

Il est primordial d'avoir des données épidémiologiques permettant d'étayer les discussions sur les salles de consommation à moindre risque en Belgique.

Le WIV-ISP a listé quelques questions auxquelles il serait intéressant de pouvoir répondre dans ce cadre. Ces questions très précises sont bien sûr souvent complexes à traiter puisqu'il existe assez peu d'études à grande échelle sur ces sujets et que la population visée est souvent marginalisée et donc difficilement visible.

Dans cette analyse, la définition de la population-cible a posé question. Le groupe cible varie en fonction des conditions d'accès et de la forme du projet (quelles substances, quelles modes de consommation, quel niveau de marginalisation?) qui est préconisée.

L'ISP-WIV a effectué une recherche parmi la littérature grise belge (rapports, sites web), en se focalisant en particulier sur les études qui s'intéressent aux personnes non en contact avec les structures de soins (et ceux-ci sont atteints via l'outreaching), la population en contact avec les structures qui offrent des soins à bas-seuil ou encore les comptoirs d'échange de seringues. Quelques données concernant la réduction des risques ont également été consultées.

### 4.2. Questions de recherche

- Quelle proportion d'usagers de drogues dures consomme dans la rue en Belgique?
- Quelle proportion d'usagers de drogue en rue serait prête à utiliser une SCMR?
- Quelle proportion d'utilisateurs de drogues dans la rue n'est pas du tout en contact avec les services de soins?
- Combien de personnes sont prises en charge par les services d'urgence suite à une overdose ou décèdent?
- Quelle quantité de seringues ne sont pas rapportées dans les centres de collecte et se retrouvent potentiellement en rue?
- Disponibilité des seringues distribuées par rapport à la population des injecteurs ?
- Criminalité liée à la drogue?
- Proportion d'injecteurs infectés par l'hépatite C ?

### 4.3. Résumé des données épidémiologiques disponibles

#### **Projet TADAM. Rapport final (Demaret et al., 2013)**

Contexte : Projet pilote de délivrance de diacétylmorphine à Liège

Dans l'agglomération liégeoise on estime entre 1600 et 2000 personnes dépendantes à l'héroïne en 2007, ce qui représente 13 à 17 personnes/1000 habitants de 15-64 ans.

27% (n=20) des patients de l'étude TADAM ont connu une overdose nécessitant une intervention médicale.

#### **Rapport evaluatie onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2014 (Windelinckx, 2015)**

Contexte : Rapport annuel sur les comptoirs d'échange de seringues en Flandre et enquête parmi 256 usagers de ces comptoirs.

- A la question de savoir où les personnes consomment leur substance (n=250) :
  - ✓ 40.4% signalent consommer parfois (30.40%) ou uniquement (10.00%) dans des espaces publics. Ce phénomène est plus marqué dans le Limbourg (67%) et en Flandre occidentale (57%) que dans les autres provinces (Brabant Flamand 24%, Anvers 43%, Flandre orientale 37%).
- Au cours de l'année précédente, 12.12% des répondants avaient déjà fait 1 (7.79%) ou plusieurs overdoses (4.33%)
- 19% des répondants ont rapporté avoir eu 2 ou plus d'abcès d'injection au cours de l'année écoulée.
- 11% des répondants n'ont jamais été en traitement dans un centre pour toxicomanes et 25.6% ne sont actuellement pas en traitement.
- Concernant l'intérêt pour une SCMR, 77% déclarent vouloir faire usage d'une telle salle. Ceux-ci sont plus importants dans le Limbourg (92%) que dans le Brabant Wallon (67%).
- Parmi ceux qui utiliseraient une SCMR, 45% l'utiliserait quotidiennement, 30% de manière hebdomadaire et 23% au moins une fois par mois.

#### **Rapport annuel DUNE asbl 2014 (Dune asbl, 2015)**

Contexte : Rapport annuel de cette asbl bruxelloise qui fait de l'outreaching avec Médecins du monde.

- Au cours de l'année 2014, lors de 128 maraudes et 95 sorties avec Medibus, 883 contacts ont pu être effectués à Bruxelles.
- Du matériel stérile de consommation a été distribué dont plus de 3000 seringues et 300 soins infirmiers prodigués

#### **Projet Riboutique (Kirzin et al., 2012)**

Contexte : Pré-étude dans le cadre du projet d'installation d'une salle de consommation à Ribeaucourt à Bruxelles dont une enquête auprès 92 usagers des structures bas-seuil sur leurs modes de consommation et leur intérêt pour une salle.

- 92 personnes ont été interrogées dans les structures bas-seuil sur leur fréquentation du quartier Ribeaucourt à Molenbeek.
- 70% d'entre eux se rendent dans ce quartier pour consommer
- 40% d'entre eux se sont déjà injecté et 31% ont déjà fait une overdose
- 12% affirment avoir été en contact avec une association d'outreaching
- Parmi les usagers qui consomment à Ribeaucourt, 33% le font dans le métro, 26% dans un squat et 17% le long du canal. Le reste (25%) consomme soit en rue, dans les WC ou chez des amis.
- 79% jugent l'idée d'ouvrir une salle de consommation intéressante

#### **Visietekst VAD (Aertsen et al., 2014)**

Contexte : Point de vue du VAD vis-à-vis de la question de l'intérêt des salles de consommation

- En Flandre, durant la période 1998-2010 il y a eu 249 décès liés à une overdose et au total 639 décès liés à la drogue

#### **Rapport Charleroi (Boonen, 2010)**

Contexte : Enquête à Charleroi peer-to-peer auprès de 59 personnes concernant l'intérêt d'une salle de consommation

- Parmi les 59 personnes interrogées lors des opérations boule de neige, 17% consomment dans la rue et 15% dans des squats.
- 75% estiment qu'une salle de consommation serait utilisée si elle était créée
- 57% estiment que l'intérêt d'une salle est de pouvoir consommer dans des conditions hygiénique, 39% notent l'aspect sécurisé, 34% le matériel disponible, 27% l'aide en cas d'overdose et 27% l'aide médicale
- 57% craignent qu'il y ait une surveillance policière sur place.

#### **Rapport Eurotox 2015 (Stévenot et al., 2016)**

Contexte : Opération boule de neige effectuée au sein d'un public de rue, 290 usagers de drogues interrogés en 2014

- En 2014, les produits les plus consommés par les usagers de drogues rencontrés en rue sont l'alcool (83%), l'héroïne ou dérivés (82%), la cocaïne (74%) et le cannabis (64%).
- 27% des usagers de drogues rencontrés en rue ont eu recours à l'injection au cours des derniers mois.

### Contexte : Littérature étrangère et belge sur l'hépatite C

- En Belgique, la prévalence de l'hépatite C parmi les usagers de drogues par injection varierait de 47 à 85 %, suivant les estimations. Ce taux de prévalence semble être toutefois en régression depuis plusieurs années probablement grâce au succès relatif des programmes de prévention et de réduction des risques (en particulier le développement des programmes d'échange de seringues usagées et de distribution de matériel d'injection stérile). Mais globalement, l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction de l'hépatite C.
- Les données issues du projet Lama permettent de se faire une idée de la prévalence des maladies infectieuses chez les usagers de drogue par injection en Région bruxelloise. Elles indiquent que sur les 494 personnes suivies durant l'année 2010, 281 (57 %) ont été testées pour l'hépatite C, dont 150 (53 %) étaient séropositives (présence d'anticorps anti-VHC).
- Les résultats d'infection à l'hépatite C rapportés par les usagers injecteurs eux-mêmes montrent que 43.1% sont infectés contre 16.9% chez les non-injecteurs.

### **Rapport annuel belge sur les drogues 2015, WIV-ISP (Plettinckx et al., 2016)**

### Contexte : Données belges sur la drogue au niveau national.

- Au total en Belgique en 2014, 936.851 seringues ont été distribuées et 910.334 ont été récupérées soit une proportion de 97%
- Il n'existe pas d'agence fédérale ou régionale qui collecte et publie des données concernant la criminalité liée à la drogue en dehors des infractions liées à la législation sur les stupéfiants
- En ce qui concerne l'hépatite C, 7.5% et 27.5% des patients testés respectivement dans la MASS du Brabant Flamand et chez De Sleutel étaient positifs à l'hépatite C en 2014
- Le programme d'échange de seringues en Flandre prépare un projet à destination des injecteurs, visant à leur fournir de la Naloxone© qu'ils peuvent emporter chez eux afin de prévenir les overdoses.

### **Rapport annuel européen sur les drogues, EMCDDA 2015**

Contexte : Compilation des données européennes sur les drogues

- Parmi les 12 pays rapportant une estimation récente du nombre d'injecteurs, les données du nombre de seringues distribuées par injecteur de drogues montre que notre pays se trouve en 2ème moins bonne position avec 23 seringues distribuées par injecteur.
- En 2011 et 2012, respectivement selon les chiffres officiels 94 et 72 personnes sont décédées en Belgique pour des raisons liées à la consommation de drogue.
- Dans certains cas de décès, la substance associée a été déterminée (n=32 en 2014). Ensemble les opiacés et la cocaïne comptent pour plus de 87.5% des décès.

### **Treatment Demand Indicator (TDI) (WIV-ISP, 2014)**

Contexte : Indicateur enregistré en Belgique dans les institutions de soins. Il enregistre depuis 2011 les traitements débutés pour des problèmes de consommation de drogue ou d'alcool en Belgique.

- Au cours de la période 2011-2014, parmi les 65.235 épisodes enregistrés, 12% provenaient de personnes en situation de logement instable (dans des logements variables ou à la rue). Cette proportion est plus élevée dans les MASS (16%) dans les centres de crises (23%) ainsi que dans les unités résidentielles bas-seuil (76%). Cette proportion est également plus élevée parmi les consommateurs d'opiacés (22%), de cocaïne (14%) et de stimulants autres que cocaïne (16%).
- Parmi ces épisodes, au total 6% s'injectent leur substance principale (21% chez les consommateurs d'opiacés, 7% chez les consommateurs de cocaïne et 14% chez les consommateurs de stimulants autre que cocaïne)

### **Etude Belspo sur la criminalité liée à la drogue (2008) (De Ruyver et al., 2008)**

Contexte : Etude quantitative menée sur 1089 dossiers de justice

- Parmi les 1.089 dossiers analysés de délits contre les biens, délits sexuels et actes de violence, on note que 13.6% d'entre eux sont liés à la drogue. Parmi les différents types de délits, ceux contre les biens sont plus souvent liés à la drogue (19.9%)
- L'héroïne vient en seconde position après le cannabis en ce qui concerne les substances liées aux délits.

### **Etude Drug Consumption Rooms in German: A Situational Assessment by the AK Konsumraum (AKZEPT, 2011)<sup>4</sup>**

- Données entre avril 2001 et décembre 2009
- Sur 12 SCMR : plus d'1.2 millions de consommation, plus de 75.000 patients référés vers les soins, 3271 urgences prises en charge
- 46% des usagers entre 26 et 35 ans
- Les femmes qui fréquentent les SCMR (15% des usagers) sont plus jeunes (18-25 ans) : intervention plus précoce que les hommes
- En 2003 on enregistrait 145.892 consommations alors que 205.380 consommations étaient enregistrées en 2009 (meilleure acceptation par les usagers de drogues). Augmentation des usagers consommant par intraveineuses passant de 68% en 2003 à 82% en 2009.

#### 4.4. En bref : par question

##### **Taux de consommation de rue et de logement instable ?**

- Parfois (30.4%) ou uniquement (10.0%) dans les espaces publics [n=250; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Dans le métro (33%), dans un squat (26%), le long du canal (17%), en rue (8%) [n=92; Riboutique, 2012]
- En rue (17%), dans des squats (15%) [n=59; Charleroi, 2010]
- Données TDI (2011-2014), 12% en logement instable; 22% chez les consommateurs d'opiacés [n=65235; TDI 2015]

##### **Intérêt des usagers pour SCMR et pourquoi ?**

- Intéressant (77%) [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Usage quotidien (45%), hebdomadaire (30%) ou mensuel (23%) si une SCMR existait [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Intéressant (79%) [n=92; Riboutique, 2012]
- Intéressant (75%) [n=59; Charleroi, 2010]
  - Conditions hygiéniques (57%)
  - Sécurité (39%)
  - Matériel (34%)
  - Aide si overdose (27%)
  - Aide médicale (27%)

---

<sup>4</sup> Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment* ; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011

### Usagers en contact avec réseau de soins ?

- Jamais été en traitement (11%), pas actuellement en traitement (26%) [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]

### Risque d'overdose ou abcès ?

- 1 (8%) ou plusieurs (4%) overdoses au cours de l'année [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- 2 ou + (19%) abcès d'injection au cours de l'année [n=256; Spuitenruil Vlaanderen, 2014]
- Entre 98-10, 249 décès d'overdose et 639 décès liés à la drogue [Aertsen et al, 2014]; En 2012, 72 décès liés à la drogue dont 88% liés aux opiacés et cocaïne [WIV-ISP, 2016]

### Taux de maladies infectieuses ?

- 75% (n=399, Free Clinic) et 28% (n=40, De Sleutel) des patients injecteurs testés en 2014 étaient positifs à l'hépatite C [WIV-ISP, 2015]
- Projet Lama en 2010, 57% positifs à l'hépatite C [n=494; Eurotox, 2016]
- En Belgique la prévalence d'hépatite C varierait entre 45% à 85% parmi les usagers de drogues injecteurs (testés) [Eurotox, 2016]

### Seringues distribuées

- 97% de récupération des 936851 seringues distribuées en 2014 [WIV-ISP, 2016]
- L'EMCDDA pointe la Belgique comme étant le 2e moins bon pays parmi 12 pays en ce qui concerne le nombre de seringues distribuées par injecteur (23) [EMCDDA, 2015]

### Criminalité liée aux drogues

- 13,6% des délits (contre les biens, sexuels, actes de violence) analysés sont liés à la drogue [n=1089; De Ruyver, 2008]
- Cannabis et héroïne sont les 2 principales substances liées à ces délits [n=1089; De Ruyver, 2008]

## 5. Evaluation de ces dispositifs<sup>56789101112131415</sup>

Dans les années 1990, les pays pionniers qui ont implanté des salles de consommation (Suisse, Allemagne et Pays Bas, notamment) ont mis en œuvre des études visant à examiner le fonctionnement et les premiers effets observés. L’Australie et le Canada se sont aussi engagés dans la réalisation d’essais cliniques (Australian MSIC Evaluation Committee, 2003) et d’investigations approfondies et validées (Kerr T et al. 2003 et 2008). L’INSERM en 2010, l’EMCDDA en 2004, 2010 et 2014 et FERARIHS (Suisse) en 2009 ont réalisé des évaluations.

Les conclusions peuvent être résumées de la manière suivante.

### 5.1. Atteinte du groupe cible visé

Les SCMR, surtout si elles proposent un programme d’échange de seringues et si elles sont placées dans des lieux stratégiques (à risque) permettent de toucher les groupes cibles visés (injecteurs, sans-abris, désinsérés, fort taux de non emploi, long parcours de consommation, à haut risque infectieux, fort taux d’hépatite C, personnes peu en contact avec le circuit de soins, taux d’incarcération important,...). Les SCMR semblent assez bien acceptées par leur population cible.

Néanmoins, selon l’étude de l’Institut Trimbos de 2011, certains publics ne sont pas (suffisamment) atteints comme les consommateurs issus de l’Europe de l’Est, les migrants, les alcooliques, les jeunes consommateurs et les consommateurs qui ne sont pas attachés à une région.

<sup>5</sup> Baufay, F.; FEDITO BXL ; *Salles de consommations à moindre risques dossier d’info*; 2012

<sup>6</sup> Hedrich D., *European report on drug consumption rooms, Luxembourg*; Office for Official Publications of the European EMCDDA; 2004

<sup>7</sup> EMCDDA ; *perspectives on drugs : drug consumption rooms : an overview of provision and evidence*; 2015

<sup>8</sup> HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. *Drug consumption facilities in Europe and Beyond, in Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA; 2010

<sup>9</sup> INSERM; *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*; Expertise collective, Paris, Edition INSERM, 2010

<sup>10</sup> Woods, S.; 2014; *drug consumption rooms in Europe: Organizational overview*; European Harm Reduction Network

<sup>11</sup> Kerr et al, 2003 - MSIC Evaluation Committee, 2003

<sup>12</sup> Clément, T. ; *Insite de Vancouver : rapport final comité consultatif d’experts sur la recherche sur les sites d’injection supervisés* ; 2008

<sup>13</sup> Havinga, P., Van Der Poel, A. ; *Gebruikersruimten in Nederlands – Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*; Trimbos Instituut, Utrecht, 2011

<sup>14</sup> K Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment* ; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011

<sup>15</sup> MSIC EVALUATION COMMITTEE. *Final report on the evaluation of the Sydney Medically; Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003*

## 5.2. Porte d'entrée vers les soins - premiers contact - promotion santé

Les salles de consommations permettent d'identifier et de référer les usagers de drogues vers les services médicaux. Ces SCMR permettent d'entrer en contact avec un public désinséré très peu en contact avec les structures de soins classiques, parfois en traitement de substitution (exemple : 61,6 % pour les utilisateurs de la SCMR de Genève) qui continue malgré tout à s'injecter de temps à autre dans l'espace public.

Des études montrent que les SCMR ont un effet important sur l'entrée de consommateurs dans un processus de soins ou de traitement.

Selon le rapport final de l'étude Insite de Vancouver, 50 % des usagers sont référés vers d'autres services et dans 37 % des cas ils sont référés à des services spécialisés (cure de désintoxication ou traitement de substitution). De plus, environ 80 % de ces 600 visites quotidiennes se font pour des raisons d'injection et 20 % pour des services de soutien comme le counseling. Selon ce même rapport, il n'y a pas d'augmentation de la consommation et ni d'effets délétères sur l'entrée ou le maintien en traitement.

Les salles de consommation permettent de stabiliser et promouvoir la santé des usagers de drogues. La SCMR représente pour le consommateur le premier pas/stade pour reconnaître que sa consommation de drogues nuit à sa santé. La SCMR est une réponse de santé, une étape vers les soins et vers éventuellement, au moins en partie, une modification de son mode de vie.

## 5.3. Raisons évoquées pour la fréquentation des SCMR

Les usagers évoquent, lorsqu'ils sont interviewés, le fait de pouvoir s'injecter, sans stress, dans des conditions hygiéniques, à l'abri de la police et en sécurité vis-à-vis des risques immédiats liés à l'injection comme raisons de se rendre dans une salle de consommation. Les SCMR sont également plébiscitées comme lieu de rencontre et d'accès à des conseils et des soins de base.

## 5.4. Diminution du risque d'overdoses et de décès liés aux drogues - interventions d'urgence et soins primaires

Depuis 25 ans, aucune étude ne relate de décès par overdose en rapport avec une salle de consommation à moindre risque.

Au niveau des overdoses, les diverses études montrent qu'il se produit entre 0,5 et 7 overdoses pour 1000 injections. Les équipes qui supervisent les consommations étant formées à l'aide urgente, ces événements sont moins fréquents qu'à l'extérieur et donnent lieu moins souvent à des hospitalisations.

Selon les études, on peut avancer que ce genre de dispositif évite la mort de 10 personnes par an en Allemagne, de 4 à Sydney, et entre 2 et 12 à Vancouver. On estime qu'Insite à Vancouver aurait prévenu jusqu'à 48 décès par overdose sur une durée de quatre ans. Le nombre de décès par overdose dans les environs de la salle de consommation aurait également diminué de 35% au cours des deux années suivant l'ouverture du centre.

Une recherche dans la province de Westphalie- Rhénanie du Nord en Allemagne a été menée entre 2001 et 2009 et a documenté 1,2 million de prises de drogues, parmi lesquelles le personnel des SCMR a répondu à 3 271 cas d'urgence médicale et entamé 710 réanimations<sup>16</sup>. L'expérience nous montre que les clients ont moins d'abcès et moins de problèmes de santé liés à leur consommation.

L'étude de Kerr et al. 2006 et de Poschadel et al. 2002 montre une diminution de décès liés aux drogues là où se trouvent des SCMR.

### 5.5. Evolutions des modes d'injection à risque et partage de matériel

Les SCMR offrent des conditions de sécurité et d'hygiène qui n'amènent pas à une hausse des niveaux de consommation ou à des pratiques à risque encore plus dangereuses. Ils rapportent plus leurs seringues usagées et n'acceptent plus de partager leur matériel d'injection (jusqu'à par exemple 70% de partage de matériel en moins). Cela permet de réduire les risques immédiats liés à la consommation de drogues.

### 5.6. Impact sur la transmission de maladies infectieuses

En ce qui concerne la diminution escomptée de l'incidence des maladies infectieuses associées à l'usage de drogues, la littérature n'a pas permis de conclure unanimement sur l'impact des SCMR. Il est important de noter que l'impact des salles de consommation de drogue sur la réduction d'HIV ou l'incidence de virus de l'hépatite C parmi la population plus large d'injecteurs demeure peu clair et difficile à estimer (Hedrich et autres, 2010).

Par ailleurs, l'évaluation de la SCMR de Vancouver et une étude à Madrid et Barcelone ont montré une diminution du partage de seringues spécifiquement liée à la fréquentation d'une SCMR. L'étude de Sydney a montré que les SCMR ont contribué à une baisse du taux des nouvelles infections de VIH et d'hépatite C. Le rapport relatif à l'étude de Vancouver mentionne que la SCMR a permis de prévenir plus de 80 infections au VIH par an et d'économiser d'importants frais de santé liés à la prise en charge du VIH.

Un projet d'intervention précoce de l'hépatite C a également été mis en place dans la SCMR de Francfort et a ensuite pu être implémenté dans d'autres SCMR allemandes.

---

<sup>16</sup> Schatz E. & Nougier M.; 2012

### 5.7. Impact sur les nuisances publiques et la criminalité<sup>17</sup>

La grande majorité des évaluations montrent une stabilisation de la criminalité après la mise en place de SCMR. En effet, selon ces études on n'observe aucune augmentation ou diminution de la violence ou de la criminalité.

L'évaluation de Vancouver a mis cependant en exergue une diminution du taux d'effractions de voitures dans les environs des SCMR après la mise en place de ce dispositif.

Par ailleurs, le comité d'évaluation de MSIC de 2003 à Sydney a conclu, sur base d'entrevues d'informateurs de la communauté et de discussions avec la police, qu'aucune augmentation de crime en particulier de vols n'a été constatée. De plus, ils ont observé une diminution du taux d'infraction imputable la diminution de l'offre d'héroïne et aucun accroissement des personnes qui « zonent » en lien avec les drogues.

L'évaluation réalisée à Genève en 2003 n'a montré, après analyse des données policières, aucun impact de la mise en place des SCMR sur le taux de vols, cambriolages, agressions ou menaces.

Certaines études ont néanmoins montré l'existence de trafic de drogues à très petite échelle autour des salles de consommation.

Or, la mise en place de SCMR a un impact sur les nuisances sociales. En effet, on constate une diminution du nombre de seringues et des déchets liés aux drogues retrouvés sur la voie publique et du nombre d'injecteurs en rue.

Selon l'étude de l'Institut Trimbos de 2011, on remarque également que les usagers de drogues continuent à consommer de l'alcool en rue étant donné que cette consommation est souvent interdite dans les SCMR. Dès lors, certaines SCMR néerlandaises en ont autorisé la consommation.

### 5.8. Coût-efficacité

Les analyses « cout efficacité » sont peu nombreuses et peuvent comporter des biais méthodologiques puisqu'elles se basent sur des modélisations mathématiques à long terme.

Dans ces analyses, on tente entre autres de comparer les coûts directs avec le nombre de contaminations évitées et d'années de vie gagnées.

Les stratégies de réduction des risques, incluant les SCMR, sont des actions coût-efficaces (INSERM 2010). En effet, ces stratégies vont avoir un impact sur le taux d'injection et de partage de matériel, la qualité de vie et de santé du public cible et diminuer la dépendance. Les SCMR

---

<sup>17</sup> Hedrich D (2004)

permettent d'éviter des contaminations HIV et dans une moindre mesure Hépatite C parmi les injecteurs, ce qui a pour répercussions d'éviter des frais de santé.

Les coûts d'implantation et d'exploitation des SCMR peuvent paraître élevés mais selon plusieurs analyses faites à Sydney et Vancouver on peut conclure qu'elles diminuent les overdoses, les transmissions infectieuses et donc les coûts liés au traitement.

### 5.9. Réponse aux craintes par rapport aux SCMR

Les SCMR ne font pas augmenter ou diminuer la consommation ou l'injection et n'ont pas d'incidence sur une quelconque incitation à la consommation. Le risque qu'une première injection ait lieu au sein d'une SCMR est faible, mais certaines études relatent néanmoins que ce genre d'événements peut se produire occasionnellement.

Il n'y a pas d'augmentation de la consommation ni d'effets délétères sur l'entrée ou le maintien en traitement. On constate une complémentarité des SCMR avec les autres dispositifs de soins. Il n'est pas prouvé que la mise en place de SCMR retarde l'entrée en traitement.

L'étude de Hedrich D. de 2004 montre qu'il est possible de constater du deal dans les environs des SCMR mais surtout si le temps d'attente avant d'avoir accès au dispositif est trop long.

Dans l'étude de l'Institut Trimbos aux Pays-Bas (2011), le pourcentage d'opinion favorable auprès des citoyens envers les SCMR est passé de 42% en 2003 à 80% en 2010 (après la mise en place des salles de consommation). Le soutien de la police pour ce genre d'initiatives était de 100% tant en 2003 qu'en 2010.

Il faut également un cadre légal clair mais aussi un cadre de travail suffisamment défini pour éviter toute initiative qui irait à l'encontre des objectifs de dépôts des SCMR (AK Konsumraum, 2011).

Selon l'étude Insite de Vancouver, aucun élément ne prouve que les SCMR influent sur le taux d'utilisation de stupéfiants dans la collectivité ou qu'ils augmentent le taux de rechute chez les consommateurs de drogues injectables.

### 5.10. Conclusions du rapport le plus récent

#### **Conclusion du rapport EMCDDA 2015**

Le rapport 2015 de l'EMCDDA conclut que les SCMR ont la capacité d'atteindre et maintenir le contact avec les usagers de drogues à haut risque qui ne sont pas prêts ou ne souhaitent pas arrêter de consommer des drogues. Dans un certain nombre de pays européens la mise à disposition d'espaces de consommation supervisée est devenue un élément intégré aux services

à bas-seuil de l'offre de soins en matière de drogues. En Suisse et en Espagne quelques salles de consommation de drogue ont été fermées, principalement en raison de la réduction d'injection et d'une diminution du besoin de tels services, mais également parfois en raison de considérations budgétaires. Aux Pays-Bas, le nombre de salles de consommation a été réduit après avoir constaté une réduction du nombre de visiteurs mais aussi suite au succès d'un autre programme (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) qui propose des logements supervisés où la consommation de drogues est souvent permise aux sans-abri.

Les premiers pays ayant mis en place ce type de dispositif n'ont pas publié beaucoup dans la littérature internationale. Les revues de Kimber et al de 2003 et le rapport de l'EMCDDA de 2004 pose les bases des premières analyses globales. Les projets pilotes de Sydney et Vancouver ont permis d'apporter de nouveaux éléments d'évaluation et d'augmenter le niveau de preuve.

Le rapport EMCDDA 2015 tire les mêmes conclusions que celles explicitées ci-dessus. On peut conclure sur base de ce rapport que les SCMR permettent entre autres de :

Atteindre le groupe cible visé

Améliorer immédiatement l'hygiène et de réduire les comportements d'injection à risque (moins de partage de seringues, ...)

Diminuer le nombre de contamination HIV et de morts par overdose

- Augmenter le taux de référence vers des services de soins, vers des services de désintoxication et/ou vers des traitements de substitution (bien documenté dans l'étude de Vancouver)
- Atteindre de nouveaux injecteurs qui consomment des nouvelles substances psychoactives (NPS) et en quelque sorte, identifier de façon précoce les nouvelles tendances de consommation.

## 6. Aspects législatifs

### 6.1. Législation internationale

#### Conventions internationales

La **Convention des Nations Unies de 1961** (ARTICLE 4) spécifie que : « *Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires : a)... b)...*, c) *Sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter exclusivement aux fins médicales et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants.* »

En vertu de la **Convention de 1971** sur les substances psychotropes, les États ont l'obligation : d'« *interdire toute utilisation de ces substances (du tableau I), sauf à des fins scientifiques ou à des fins médicales très limitées, par des personnes dûment autorisées qui travaillent dans des établissements médicaux ou scientifiques relevant directement de leurs gouvernements ou expressément autorisés par eux* ».

La Convention de 1971 (article 20), renferme la même disposition que la Convention de 1961 (article 38), et mentionne que les États « *envisageront avec une attention particulière l'abus des stupéfiants et prendront toutes les mesures possibles pour assurer les soins, le traitement et la réintégration sociale des personnes intéressées* ».

Les conventions des Nations-Unies imposent d'incriminer la détention de toutes substances mais en cas de détention de petites quantités en vue d'un usage personnel, des alternatives aux poursuites sont encouragées. Les conventions contiennent des dispositions qui permettent aux pays signataires d'adopter des mesures de réduction des risques.

#### Interprétation des conventions internationales

L'OICS (**Organe International de Contrôle des Stupéfiants**), responsable de la mise en œuvre des conventions internationales, considère, sur base d'une lecture des conventions, que les SCMR permettent la consommation de drogues sans fins médicales ou scientifiques, enfreignant ainsi les conventions internationales.

Cependant, on remarque que la position de l'OICS évolue dans le temps.

- **Mention dans rapport OICS en 2013** : « §376. (Canada): « *L'OICS tient à réitérer sa position selon laquelle la création et le fonctionnement de structures de consommation de drogues ne sont pas conformes aux dispositions des conventions relatives au contrôle des drogues.* »

- **Mention dans rapport OICS en 2014:** « § 362. (Canada) : « L’OICS espère pouvoir poursuivre son dialogue avec les gouvernements qui ont autorisé l’ouverture de telles “salles de consommation” et redit sa crainte que les structures de ce type ne soient pas conformes aux dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.»
- **Mention dans rapport OICS en 2015 :** « § 603. (Athènes) : « L’OICS, qui souhaite entretenir un dialogue continu avec les gouvernements qui ont permis la mise en place de telles “salles de consommation”, s’inquiète de nouveau du fait que ces centres pourraient aller l’encontre des dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.»

Par ailleurs, cette interprétation étroite des conventions ne fait pas l’unanimité. En effet, en réponse à une demande de l’OICS d’analyser la relation entre plusieurs mesures de réduction des risques et les traités sur le contrôle des stupéfiants, l’Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) conclut en 2002 que de nombreuses interventions, y compris les SCMR, n’étaient pas contraires aux conventions<sup>18</sup>. Cet argument s’appuie sur l’interprétation flexible des conventions, le manque de définition précise de ce que constitue **« des fins médicales et scientifiques »**, et le langage utilisé dans la Déclaration Politique de 1998 sur les principes directeurs de la réduction de la demande de drogues.

Le cadre des conventions internationales n’a pas empêché certains pays signataires des conventions de mettre en place des SCMR. Dans ces pays, la possession pour consommation personnelle dans une SCMR est tolérée – tandis que, par exemple, le trafic, la vente et la distribution demeurent interdits.

### Cadre légal dans les autres pays

Dans certains pays comme l’Espagne, la Suisse, rien n’interdit dans la législation nationale la mise en place de SCMR. En Suisse, des normes nationales ont été développées.

Pour pouvoir mettre en place des SCMR, certains pays eu dû apporter des changements, des clarifications dans leur législation. Au Canada et en Australie, les SCMR ont été mises en place en tant que projets pilotes avec des exemptions légales. Certains pays comme par exemple le Canada, l’Allemagne et le Luxembourg ont spécifié une exemption dans leur loi qui mentionne que la possession de drogues, dans le cadre précis des SCMR et d’un usage pour consommation personnelle est tolérée. Une distinction des peines est donc prévue selon le lieu de l’infraction.

---

<sup>18</sup> United Nations International Narcotics Control Board ; Flexibility of Treaty Provisions as regards harm reduction approaches; Seventy-fifth session; Vienna 30 october – 15 november 2002 (Decision 74/10), preped by ...30 september 2002, restricted distribution;

- Ex Canada : il est mentionné à la section 56 de la loi que le Ministre fédéral Santé a droit d'accorder une exemption à « toute personne ou catégorie de personnes » si le Ministre est d'avis que « l'exemption est nécessaire pour des raisons médicales ou scientifiques, ou est dans l'intérêt du public. (...) »
- Ex Luxembourg : l'article 7 de la nouvelle loi du 27 avril 2001 mentionne : « seront punis d'une amende (...) ceux qui auront de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés par le Ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs stupéfiants (...) »
- Ex. Allemagne spécifie cette exemption à la section 10a du Narcotic Drugs Act

Il est important de mentionner qu'au Canada quand il a été envisagé de fermer la SCMR « Insite » en septembre 2011, la Cour Suprême du Canada a été sollicitée et s'est prononcée à l'unanimité en faveur d' « Insite ». En effet, la Cour a déclaré : « Insite sauve des vies ; les bénéfiques ont été démontrés et ce serait une violation inadmissible des droits humains de personnes extrêmement vulnérables ». La Cour ordonna au Ministre d'accorder une exemption.

En France, ils ont voulu envisager un changement législatif pour prévoir une exemption (tolérance de possession de drogues uniquement si pour usage personnel dans SCMR). Cependant, la Cour Constitutionnelle a dit que cela allait à l'encontre du principe de légalité des délits et des peines et du principe d'égalité devant la loi étant donné que l'immunité n'est pas justifiée par un motif d'intérêt général et que le critère de la présence dans une SCMR est inapproprié. De plus, cela violerait, diverses conventions internationales. Une SCMR devrait normalement voir le jour en automne 2016 en France dans le cadre de l'article 37 de la Constitution qui stipule que le Parlement peut autoriser une expérimentation dérogeant, pour un objet et une durée limités au principe d'égalité devant la loi pour une durée maximale de 6 ans et pour autant qu'il y ait un rapport annuel sur le déroulement de l'expérimentation.

En France, le projet de législation française mentionne clairement que les professionnels ne peuvent être poursuivis pour complicité et pour facilitation. La question de la responsabilité en cas de décès ou d'overdose dans la SCMR est donc ainsi résolue.

## 6.2. Législation belge

La loi belge de 1921 mentionne à l'article 3 :

*« (§ 2.) Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage. »*

Le seul fait de procurer un local est donc passible des peines prévues par la loi. Une modification de la loi du 24 février 1921 serait nécessaire si nous souhaitons mettre en place ce type d'initiative. Un AR ou une circulaire des procureurs généraux ne peuvent suffire.

Pour rappel, toute modification de cette loi est exclusivement de la compétence du fédéral. Aucun projet ne pourra être mis en place sans ce changement législatif.

En novembre 2013, Willy Demeyer a fait une proposition de loi modifiant la loi du 24 février 1921.

Ainsi il propose la modification suivante :

*« L'article 3, § 2 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes est complété par l'alinéa suivant :*

*« Ne sont pas soumis à l'application du premier alinéa, ceux qui auront facilité l'usage par autrui, sans incitation et dans un but de prophylaxie contre les maladies contagieuses ou, plus généralement, de réduction des risques liés à cet usage, des substances spécifiées à l'article 2bis, dans des lieux supervisés et aux conditions déterminées par le Roi sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. »*

Les programmes d'échanges de seringues ont été autorisés via une modification de la loi de 1921 (loi du 17 novembre 1998). En effet, un changement de loi était nécessaire pour que les programmes d'échanges de seringues ne soient plus considérés comme de l'incitation à l'usage. La modification suivante a été apportée :

Art. 3, § 2, al. 2 : *« Ne sont pas soumises à l'application de l'alinéa précédent, l'offre en vente, la vente au détail et la délivrance, même à titre gratuit, visées à l'article 4, § 2, 6°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales ».*

### 6.3. Responsabilité des intervenants et des autorités

Il existe un risque d'overdose dans les salles de consommation. Qu'en est-il de la responsabilité des intervenants et des autorités dans ce cas ? En effet, il se pourrait que les proches du défunt portent plainte.

Il n'existe pas de réelle base légale concernant l'exonération de la responsabilité. Le fait que les intervenants ne puissent pas aller au-delà du conseil en matière d'injection (les intervenants ne font pas l'injection eux-même) ne suffit pas. Le droit commun belge préconise que l'information

soit spécifiquement donnée au patient. Il faudrait dès lors déterminer si cela doit être mentionné explicitement dans la législation. On pourrait aussi envisager, comme cela se fait déjà au Canada, de mettre en place un contrat entre les intervenants et le patient dès le premier accès à la SCMR.

Il existe peu d'informations spécifiques autour de la question de la responsabilité dans les autres études étrangères. Le Conseil Constitutionnel français a exigé que l'exonération de la responsabilité soit clairement mentionnée avant de lancer le moindre projet.

Une étude concernant les implications juridiques, incluant les aspects de responsabilité, pourrait être très pertinente pour déterminer une base légale solide.

De plus, on peut se poser de sérieuses questions concernant la manière dont les services d'ordre et les parquets peuvent faire face légalement aux violations pénales qui sont commises dans le cadre des lieux de consommation à moindre risque. Étant donné que l'utilisateur lui-même consomme ou s'injecte les drogues qu'il a apporté et que ceci n'est donc pas sur prescription médicale (comme c'est bien le cas dans le contexte médicamenteux du projet TADAM), chaque usage est donc considéré comme un délit commis. En effet, dans tous les cas, l'utilisateur aura obtenu ou sera en possession du « produit » de manière illégale.

Même si le Procureur du Ministère Public ne jugerait pas la poursuite des usagers des salles de consommation à moindre risque, ce ne serait pas cohérent avec les directives en vigueur en matière de politique pénale vis-à-vis des drogues. D'innombrables problèmes pratiques se posent comme de délimiter une zone à l'intérieure de laquelle il n'y aurait pas d'intervention et où les actes seraient tolérés, ne pas faire d'actes de recherche pour trouver l'origine illégale des drogues, des problèmes pourraient également se poser au niveau du maintien de l'ordre public et de la sécurité dans les environs de la salle de consommation, ...

Il est donc absolument nécessaire qu'une étude soit réalisée pour déterminer l'intégration éventuelle des salles de consommation dans le contexte belge de politique en matière de drogues et formuler une réponse cohérente concernant la responsabilité des services policiers quand il leur est demandé de ne pas agir.

En outre, il faut rappeler que ni le Ministre de la Justice, ni le Collège des Procureurs Généraux ne sont autorisés à lancer une injection négative complète en vue de la détection et du suivi des délits.

Les directives de politique pénale qui sont décrétées lors de l'application de l'article 143quater du code judiciaire permettent d'indiquer au plus une indication de priorité, et encadrent l'appréciation d'opportunité de la poursuite judiciaire qui appartient à la compétence autonome du Procureur du Ministère Public.

## 7. Situation et vision à Bruxelles : modèle préconisé

### 7.1. Préambule

Cette note a été établie par les trois cabinets bruxellois représentés au sein de la Cellule politique générale en matière de drogues :

Cabinets des Ministres Gosuin et Vanhengel, Santé - Cocom.

Cabinet du Ministre-Président Vervoort, Région de Bruxelles Capitale.

Cabinet de la Ministre Jodogne, Santé - Cocof.

Elle a été alimentée par les discussions qui ont eu lieu au sein du groupe de travail ad hoc mis en place dans le cadre de cette Cellule, ainsi que par la consultation d'experts actifs dans le domaine de la toxicomanie à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie.

### 7.2. Constats

Les données internationales attestent des risques importants pour la santé associés aux pratiques de consommation d'héroïne en injection mais également en inhalation : infection au VIH, aux hépatites, overdoses, etc. Par ailleurs, la consommation de drogues dans l'espace public entraîne de nombreuses nuisances : usage visible de la consommation par le grand public, présence de seringues sur la voie publique, etc.

Sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, une offre de qualité et diversifiée en matière de prévention, de réduction des risques et de soins est déjà présente au sein de services hospitaliers, de services ambulatoires et d'équipes mobiles (outreach). Certains services sont à bas seuil voire à très bas seuil d'accès et permettent de capter une population qui a peu, voire pas de contacts avec les services sanitaires généraux et spécialisés. Cependant, malgré cet aspect « bas seuil », une partie de la population échappe à cette offre, en particulier les personnes très précarisées, les personnes socialement désinsérées, les personnes sans-papiers, les primo-arrivants ainsi que les personnes se situant au début de leur parcours d'injecteurs (primo-injecteurs).

Actuellement, plusieurs services mettent du matériel de réduction des risques à disposition des usagers, en particulier via les comptoirs d'échanges de seringues (asbl Transit, Dune, CLIP, Médibus, Latitude Nord et Espace P). Cependant, l'usage lui-même se fait souvent dans divers lieux inappropriés et/ou non-sécurisés : rue, toilettes publiques, stations de métro, etc.

Les raisons pour lesquelles certains usagers consomment dans ces lieux sont diverses. Une partie de ceux-ci sont sans abri mais d'autres cohabitent avec leurs parents, leur conjoint ou leurs enfants et ne souhaitent pas rendre visible leur pratique d'injection.



La population potentiellement concernée par le dispositif est estimée à environ 1.000 personnes à Bruxelles. Une partie de ces personnes fréquente déjà ponctuellement ou régulièrement les services existants, comme les comptoirs d'échange de seringues. Une autre partie constituerait de nouveaux contacts avec des usagers qui ne fréquentent pas les services existants.

Les données synthétisées par l'Institut scientifique de santé publique (voir chapitre 4) montrent qu'il existe des besoins et des demandes auxquels un dispositif de salle de consommation à moindre risque pourrait répondre.

En effet, elles attestent notamment qu'une partie importante des usagers :

- consomme de l'héroïne en injection ;
- consomme dans la rue ou d'autres lieux publics ou semi-publics inadaptés et non-sécurisés, de manière régulière ou occasionnelle ;
- a connu des problèmes de santé liés à la consommation et/ou à l'injection : abcès, overdoses, maladies infectieuses ;
- estime qu'une salle de consommation répondrait à leurs besoins.

### 7.3. Principes du dispositif de salle de consommation à moindre risque envisagé

Le dispositif doit répondre aux critères suivants :

- être en cohérence avec l'offre existante et être complémentaire par rapport à cette offre ;
- constituer un maillon dans l'amélioration de l'accès aux soins ;
- être flexible afin de pouvoir s'adapter de manière évolutive aux besoins des publics concernés (réorientation) ;
- répondre à des besoins non-couverts par l'offre existante ;
- être conçu comme un service bas-seuil : il doit être ouvert aux usagers sans conditions et dans l'anonymat.
- être durable, sous réserve d'une évaluation favorable, afin de ne pas créer des besoins auprès d'une population particulièrement fragile qui se verrait, en cas d'arrêt du dispositif, encore plus fragilisée.

De plus, la guérison des patients ou leur entrée dans un traitement de substitution doit être un objectif à long terme. La salle de consommation doit être envisagée comme une étape vers cet objectif, elle doit permettre de mettre en place les conditions pour rendre cette guérison possible.

#### 7.4. Présentation du dispositif concret

Les intervenants/ experts consultés plaident pour la création d'une ou deux salles de consommation à moindre risque. En cas de création d'une seule salle, ils considèrent que le dispositif devrait être partiellement décentralisé dans des services existants (voir plus loin).

La décentralisation permettrait :

- de ne pas surcharger la salle et d'éviter l'afflux important d'une population d'usagers dans un seul quartier ;
- de permettre une meilleure couverture géographique à l'échelle de la Région et d'offrir une proximité aux usagers.

##### **La salle de consommation**

Concrètement, la salle de consommation devrait avoir une capacité permettant d'accueillir 30 usagers en même temps :

- 10 postes de consommation, soit 5 pour l'injection et 5 pour l'inhalation ;
- un espace d'accueil permettant le pré- et le post-counseling avec 20 usagers et dont une partie permettrait à ceux-ci de se reposer après la consommation ;

La salle serait ouverte 7 jours sur 7 de 15h à 23h. Ces horaires sont établis sur base des pics de fréquentation des services existants.

Elle devrait être située à proximité d'un lieu de consommation actuel, à savoir soit le quartier Ribaucourt soit Bourse/Annessens.

##### **Encadrement**

Afin de mettre en place un service complet et de qualité, plusieurs fonctions doivent être remplies par un personnel formé. Les fonctions sont de type médical, paramédical, social, de santé communautaire ainsi que de gestion et de coordination de projets. Elles doivent également inclure la participation des usagers. A ces différentes fonctions correspondent des profils professionnels et bénévoles (colonne droite du tableau).

Fonctions	Profils
Supervision permanente	Infirmier Educateur - Accompagnateur psycho-social Médecin de garde appelable Coordinateur projets et logistique (Ex-)usagers, « experts d'expérience »*
Dispensaire infirmier	
Accueil	
Contacts avec le quartier, l'environnement	
Suivi avec les services de soins	
Gestion du projet	
Gestion des stocks	
Participation	

*\*les experts d'expériences ne pourront pas occuper toutes les fonctions*

Il est à noter qu'à côté des fonctions permettant un fonctionnement optimal de la salle elle-même, deux fonctions essentielles tournées vers l'extérieur doivent absolument être prévues :

- Les contacts avec le quartier environnant la salle de consommation doit permettre de créer et de maintenir le lien avec divers acteurs locaux (communaux) ainsi qu'avec les riverains, pour permettre l'intégration harmonieuse du service dans le quartier, de travailler sur les représentations des acteurs environnants, de favoriser l'acceptation du dispositif et de prévenir les problèmes de voisinage et autres nuisances.
- Le suivi avec les services de soins spécialisés et généralistes vise à mettre ou remettre les usagers en contact avec ces services, de les orienter vers un accompagnement psycho-médicosocial à long terme, vers un traitement de substitution ou vers des centres de cure.

### Décentralisation

En complément à une salle de consommation, le secteur plaide pour la création de trois services de consommation supervisée. Il s'agit d'adapter et de décentraliser l'offre afin de répondre aux besoins d'un public nomade. Ce public est ancré dans certains lieux et fréquente en partie déjà des services existants qu'il connaît bien. Ces services pourraient être des comptoirs d'échange de seringues existants dont le personnel qualifié pourrait étendre et diversifier son offre vis-à-vis des usagers. Certains aménagements des locaux seraient nécessaires ainsi que la présence renforcée d'accompagnateurs psycho-sociaux et d'infirmiers. Les exigences de qualité seront les mêmes que ceux de la salle de consommation.

## Coût

Etant donné les exigences en termes d'encadrement de ce type de dispositif, les frais de personnel constituent la plus grande part du budget. Le tableau ci-dessous présente les différentes fonctions et les équivalents temps plein (ETP) estimés pour chacune d'entre elles, pour un fonctionnement optimal de la salle de consommation (SCMR) d'une part et pour les services décentralisés d'autre part. Une première estimation du budget global pour les frais de personnel s'élève à 800.000 euros. Cette estimation devra être affinée et devra être complétée par une estimation des frais de fonctionnement.

Fonctions	ETP SCMR	ETP serv décentralisés	Total ETP
Infirmiers	4,5	1,5	<b>6</b>
Accompagnateurs	7,5	1,5	<b>9</b>
Médecin de garde	Détaché d'un service spécialisé		<b>Détaché</b>
Administratif	1	0	<b>1</b>
Responsable projet	1	0	<b>1</b>
Experts d'expérience	2.5		<b>2.5</b>

## Acteurs à impliquer

Afin d'assurer l'efficacité de ce dispositif et de l'inclure dans la chaîne des soins, il convient d'informer et d'impliquer un large panel d'acteurs de divers secteurs :

- secteur socio-sanitaire généraliste et spécialisé, dont les médecins généralistes ;
- la police et les écoles de police afin d'assurer la formation initiale et continue des policiers ;
- les acteurs de promotion de la santé qui peuvent renforcer le dispositif en mettant notamment leurs compétences dans le domaine de la santé communautaire à disposition du projet ;
- les acteurs du sans-abrisme ;
- les communes et les acteurs communaux chargés de la prévention (gardiens de la paix, etc.) ;
- les usagers, afin de garantir l'aspect participatif et citoyen du projet.

## Evaluation

Des critères et indicateurs d'évaluation doivent être définis en amont du projet et un dispositif de suivi-évaluation doit être prévu.

### 7.5. Conclusion : position des cabinets bruxellois

Le dispositif de salle de consommation à moindre risque est conçu dans une approche de santé publique. Il s'agit de rechercher des solutions pragmatiques permettant de répondre aux besoins socio-sanitaires constatés (morbidity, mortalité) tout en réduisant les nuisances provoquées par l'usage de drogues dans des lieux publics.

Cette approche doit prendre sa place et s'inscrire en complémentarité au sein du continuum constitué par la prévention, la RdR, les soins et la réinsertion. Ni la RDR ni aucun autre élément de ce continuum ne vise à banaliser l'usage.

Le dispositif présenté dans cette note doit être concrétisé en se basant sur les « meilleures pratiques » existant à l'étranger et visant le même objectif de santé publique.

Il doit répondre à des exigences de qualité à tous les niveaux : formation et qualifications des travailleurs, inscription dans le maillage socio-sanitaire spécialisé et généraliste, proximité avec les usagers et participation/responsabilisation de ceux-ci, concertation avec les riverains et les responsables communaux, évaluation.

L'adaptation de la loi de 1921 est nécessaire afin d'établir un cadre juridique clair, permettant d'assurer la protection des usagers et des travailleurs associés à ce dispositif.

## 8. Conclusions

La Réunion Thématique Drogues de la CIM Santé Publique a donné à la Cellule Générale de Politique en matière de Drogues la mission suivante : « *La CGD examine la faisabilité et les conditions fondamentales pour la mise en œuvre de salles de consommation à moindre risque en Belgique, avec une attention particulière pour les besoins et aspects juridiques, organisationnels et budgétaires. La CGD soumet ses constatations à la Réunion Thématique Drogues de la CIM.* »

La CGD émet les conclusions suivantes :

1. L'efficacité des SCMR au niveau de la réduction des risques liés à la santé a été étudiée et a été décrite dans de nombreuses études. Sur base des **études** disponibles, nous pouvons conclure que:

- a) Les SCMR pourraient améliorer la qualité de vie et de santé des usagers, diminuer les comportements à risque, augmenter l'accès aux soins et diminuer les consommations sur la voie publique. Le coût-efficacité de certaines formes de réduction des risques, comme les programmes d'échange de seringues, a déjà été montré en détail.
- b) Les salles de consommation n'ont pas d'incidence en terme d'augmentation de la criminalité mais auraient un réel impact sur la diminution des nuisances sociales (diminution seringues et déchets liés aux drogues sur la voie publique, diminution du nombre de personnes s'injectant sur la voie publique, ...).
- c) On remarque qu'en règle générale ce type de dispositif est bien accepté par la communauté locale pour autant qu'elle soit impliquée dans les différentes phases de développement du projet. Si l'opinion publique est souvent contre l'introduction de tels établissements, l'acceptation publique est considérablement élevée dans les endroits où les SCMR ont été mises en place, vu que l'ouverture des salles peut conduire à une amélioration des problèmes de santé et de l'ordre public.

2. La **législation fédérale** actuelle ne permet pas la mise en place d'un lieu de consommation. En effet, la mise à disposition d'un local qui facilite ou incite la consommation de drogues illégales est passible de poursuites pénales dans le cadre de la loi de drogue de 1921. Une modification de la loi Drogues est une condition sine qua non pour la mise en place d'un lieu de consommation. Un Arrêté Royal ou une circulaire des procureurs généraux ne suffisent pas.

3. Le cadre des **conventions internationales** n'a pas empêché certains pays de mettre en place des salles de consommation.

4. Dans le cas où la décision serait prise d'initier en Belgique ce type de dispositif, une **large consultation et réflexion** sur les conditions fondamentales (groupe cible visé, lieux, horaires, relations et collaborations avec la police, encadrement minimum, formation à minima des intervenants, autres services éventuellement annexés, critères d'inclusion et d'exclusion, ...) devrait être organisée. Les acteurs de terrain doivent aussi être consultés pour que le projet corresponde autant que possible à la réalité dans le domaine. En outre, un tel projet doit être repris dans un réseau de soins et compléter l'offre existante. La concertation avec les personnes clé de l'entourage direct d'un lieu de consommation futur est essentiel pour limiter au minimum la résistance. De plus, l'implication des usagers de drogues dans la conception et la gestion des établissements est aussi important pour l'acceptation et le succès d'une telle initiative. En outre, l'avis du Conseil du Collège des Procureurs Généraux et de son réseau d'expertise stupéfiants doit être recueilli si une modification substantielle de la politique pénale et de la loi en matière de drogues est envisagée.

5. Si nous souhaitons ce type d'initiative, une **étude de faisabilité** est essentielle. On doit déterminer les éléments mentionnés précédemment, et aussi les aspects budgétaires mais également juridiques incluant les aspects de responsabilité des intervenants et des autorités en cas d'overdoses. Ce thème de recherche a été repris comme priorité dans l'appel à projets du programme drogues de Belspo en 2016. Une équipe de recherche sera désignée dans les prochains mois. Les résultats finaux de cette étude seront attendus pour fin 2017.

6. Les représentants du gouvernement fédéral de la Cellule Générale en matière de Drogues jugent, sous cette législature, la mise en place de salle de consommation à moindre risque **pas prioritaire**. Le gouvernement fédéral n'initiera pas ou ne soutiendra pas une modification de la loi en la matière.

7. Les représentants des Ministres bruxellois (Région, Cocof et Cocom) et du Ministre de la Santé de la Région wallonne de la Cellule Politique Générale en matière de Drogues estiment que la mise en place de salles de consommation à moindres risques constitue **une réponse pragmatique** à un problème de santé publique et peut contribuer à réduire certaines nuisances.

## 9. Références

- Andersen, M.A., & Boyd, N.; *A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility; 2010*
- Aertsen, P., Dheedene, P., Ruyters, T., Verstuyf, G., & Windelinckx, T.; *Gebruiksruimtes : visie vanuit het gezondheidsperspectief. Definitie, doelstellingen, modaliteiten; Brussel, VAD; 2014* <http://www.salledeconsoommation.fr/media/visietekst-gebruiksruimte-2014.pdf>
- Baufay, F.; FEDITO BXL ; *Salles de consommations à moindre risques dossier d'info; 2012* (<http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2012/12/Salles-de-consommations-à-moindre-risques-dossier-dinfo-201212.pdf>)
- Bayoumi, A.M., & Zaric, G.S.; *The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility; 2008*
- Bertrand, B.; *Droit international et salle de consommation à moindre risque; www.salledeconsoommation.fr; mars 2009*
- Boonen, J.; *Rapport de l'étude de faisabilité pour un "local de consommation supervisé" à Charleroi, Charleroi: Cellule Recherche Concertation ; 2010* <http://www.salledeconsoommation.fr/media/rapport-fbsu-charleroi-pclcd.pdf>
- Clément, T. ; *Insite de Vancouver : rapport final comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés ; 2008 ;* <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/sites-lieux/insite/index-fra.php#red>
- De Ruyver, B., Lemaitre, A., Born, M., Colman, C., Pirenne, C., & Vandam, L.; *Définition et mesure de la criminalité liée aux drogues; Belspo; http://www.belspo.be/belspo/organisation/publ/pub\_ostc/Drug/rDR30\_2.pdf*
- Demaret, I., Litran, G., Magoga, C., Deblire, C., De Roubaix, J., Quertemont, E., Van Caillie, D., Dubois, N., Lemaître, A., & Anseau, M. ; *Projet TADAM - Rapport final 2007-2013, Liège: Université de Liège; 2013* [https://www.ulg.ac.be/cms/c\\_3625723/fr/ept-projet-tadam](https://www.ulg.ac.be/cms/c_3625723/fr/ept-projet-tadam)
- Diaz Gomez, C.; *Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de la littérature internationale, OFDT; 2009*
- Dune asbl, 2015. *Rapport d'activités 2014* <http://dune-asbl.be/onewebmedia/COCOF%20FINAL%2029062015.pdf>
- Eberhard Schatz1 & Marie Nougier ; *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique Consortium International sur les Politiques des Drogues ; 2012*

- EMCDDA ; perspectives on drugs : drug consumption rooms : an overview of provision and evidence; 2015
- EMCDDA. *European Drug Report. Trends and developments 2015*, Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015;  
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/974/TDAT15001ENN.pdf>
- EXPERT ADVISORY COMMITTEE. *Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites : What has been learned from research ?* Final report of the Expert Advisory Committee, 2008
- Havinga, P., Van Der Poel, A. ; *Gebruikersruimten in Nederlands – Update van de handreiking bij organisatie en inrichting*; Trimbos Instituut, Utrecht, 2011
- Hedrich D., *European report on drug consumption rooms*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European EMCDDA; 2004  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_54132\\_EN\\_Consumption%20rooms.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_54132_EN_Consumption%20rooms.pdf)
- HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. Drug consumption facilities in Europe and Beyond », in Harm Reduction : evidence, impacts and challenges », EMCDDA; 2010
- Houborg E.; Asmussen F. ; *Drug consumption rooms and the role of politics and governance in policy processes*; International Journal of Drug Policy; 25 (2014) 972–977; 2012
- INSERM; *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*; Expertise collective, Paris, Editiond INSERM, 2010
- Kerr T., Wood E., Small D., Palepu A., Tyndall MW.; *Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside*. Cmaj; 2003
- Kerr, T., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J.S.G., Wood, E. (2006): Drug-related overdose within a medically supervised safer injecting facility. Int J Drug Policy 17, 436-41.
- Kirzin, M., Mimouni, H., & Husson, E., *Projet "Riboutique" Concertation Bas-seuil* ; 2012  
<http://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/Rapport-Riboutique-last.pdf>
- Kinnard E., Howe C., Kerr T., Skjødt Hass V. & Marshall B.; *Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark*; Harm Reduction Journal 2014,
- Konsumraum A.; *Drug Consumption Rooms in Germany- a situational assesment* ; Deutsche Aids-Hilfe ; 2011.

- *MSIC EVALUATION COMMITTEE. Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003*
- Peacey J.; *drug consumption rooms in Europe : Client experiences survey in Amsterdam and Rotterdam*; European Harm Reduction Network; 2014
- Plettinckx, E., Antoine, J., De Ridder, K., Blanckaert, P., & Gremeaux, L., 2016. *Developments and trends on drugs 2015 : Synthesis Report by the Belgian Reitox National Focal Point*, Brussels: WIV-ISP.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenber, D. (2002): *Evaluation der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Bochum: Zeus GmbH.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction and the mainstream (EMCDDA MONOGRAPHS)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Schäffer D. & Stöver H.; *Drug consumption rooms in Europe : Models, best practice and challenges*; European Harm Reduction Network; 2014
- Schatz E. & Nougier M.; *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique* ; Consortium International sur les Politiques des Drogues; 2012
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). *Drug policy and the public good: evidence for effective interventions*. *The Lancet*, 379(9810), 71-83.
- Stévenot, C., Caraël, E., & Hogge, M., 2016. *L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles. Rapport 2015*, Bruxelles: Eurotox asbl.  
[http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015\\_Usage\\_drogues.pdf](http://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Eurotox2015_Usage_drogues.pdf)
- United Nations International Narcotics Control Board ; Flexibility of Treaty Provisions as regards harm reduction approaches; Seventy-fifth session; Vienna 30 october – 15 november (Decision 74/10);
- Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). *The cost-effectiveness of harm reduction*. *International Journal of Drug Policy*, 26, S5-S11.
- Windelinckx, T., 2015. *Rapport Evaluatie Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2014*, Antwerpen: Vlaamse Spuitenruil, Free Clinic vzw.
- WIV-ISP. 2014. *Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR)*.
- Woods, S.; 2014; European Harm Reduction Network; *drug consumption rooms in Europe: Organizational overview*

## 10. Annexe

### Liste des membres du groupe de travail

Florence Pottiez	Cabinet du Premier Ministre Charles Michel
Jean-Baptiste Andries	Collège des Procureurs-Généraux
Harmen Lecok	Cabinet de Maggie De Block
Luc De Tavernier	Cabinet du Ministre Didier Gosuin
Sophie Temmerman	Cabinet du Ministre Guy Vanhengel
Claude Gillard	SPF Justice
Johan De Haes	Cabinet du Ministre Jan Jambon
Denis Henrard	Cabinet du Ministre Maxime Prévot
Lies Gremeaux	ISP- WIV
Christel Defever	SPF Justice
Grieke Forceville	Cabinet du Ministre Jo Vandeurzen
Vladimir Martens	Cabinet de la Ministre Cécile Jodogne
Céline Van Neyverseel	Cabinet du Ministre-Président Rudi Vervoort (Région bruxelloise)
Jérôme Antoine	ISP-WIV
Alexander Witpas	Pour le Ministre Vandeurzen (santé)
Tom Van Wynsberge	Cabinet du Ministre Koen Geens



Kurt Doms	SPF Santé Publique, secrétariat de la CGPD (président)
Caroline Theisen	SPF Santé Publique, secrétariat de la CGPD