

12

Centres d'injection supervisés

Les centres d'injection supervisés (CIS) sont des structures où les usagers de drogues par injection (UDI) peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision de personnel qualifié. Ils sont toujours insérés dans un réseau de services pour les usagers de drogues par injection, dont ils représentent un élément très spécialisé, lié à la question de l'injection (Hedrich, 2004).

Ils poursuivent des buts de réduction des risques et dommages (Hedrich, 2004 ; Noël et coll., 2009). Leurs objectifs sont :

- atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr ;
- réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection : comportements à risque de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...) ;
- réduire la morbidité et la mortalité associées aux overdoses/surdoses ;
- améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux ;
- ne pas donner lieu à des effets secondaires indésirables tels que l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou la diminution des entrées en traitement.

Pour la communauté, il s'agit de diminuer ou éviter les nuisances et les troubles de l'ordre public tels que les rassemblements de consommateurs de drogues, l'injection dans l'espace public, les délits liés à l'acquisition de drogue ainsi que les problèmes de santé publique causés par du matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique. L'objectif est également d'obtenir l'acceptation des CIS par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police) et d'éviter le risque de *deal* ou d'autres problèmes autour des CIS.

Historiquement, les CIS ont vu le jour sous la pression de plusieurs phénomènes :

- le développement d'une épidémie de consommation de drogues par injection (héroïne et/ou cocaïne) ;
- l'arrivée de l'épidémie de VIH ;

- la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues par injection dans l'espace public.

Le premier de ces centres ayant reçu une autorisation légale s'est ouvert en Suisse à Berne en 1986 (Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Haemmig et coll., 2005). Dans la décennie suivante, plusieurs pays européens (Pays-Bas, Allemagne, Espagne) ouvrent de tels centres, suivis, plus tard, par l'Australie et le Canada. En 2009, il existe 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 coll., 2010).

La mise en place de ces centres a suscité, dans la plupart des pays concernés, des réflexions éthiques (Fry, 2003 ; Solai et coll., 2006), des controverses (Wright et Tompkins, 2004 ; Fischer et coll., 2004 ; Zajdow, 2006), des oppositions (Strathdee et Pollini, 2007) ou des réticences de la part de la police, de certains riverains... C'est pourquoi leur mise – ou non – en service officielle a souvent été précédée d'une évaluation des besoins (Dolan et coll., 2000 ; Broadhead et coll., 2002 ; Green et coll., 2003 ; Kerr et coll., 2003 ; Wood et coll., 2003 ; Joseph Rowntree Foundation, 2006 ; Aubisson et coll., 2006 ; Hunt et coll., 2007 ; Lloyd et Hunt, 2007) et d'expertises juridiques (Elliott et coll., 2002 ; Malkin et coll., 2003 ; Pearshouse et Elliott, 2007 ; Beletsky et coll., 2008). Parfois, des projets pilotes non officiels ont vu le jour, par exemple à Sydney et à Amsterdam (Wodak et coll., 2003 ; Hedrich, 2004). Généralement, l'ouverture de CIS est accompagnée de procédures de suivi et d'évaluation.

Services offerts et fonctionnement des CIS

Les CIS sont en général situés à proximité des endroits où se rassemblent les consommateurs, où ont lieu trafic de drogue et consommation en public. Le CIS peut être une structure indépendante ou être intégré à une structure offrant d'autres services (programmes d'échange de seringues, traitement de la dépendance, hébergement d'urgence...).

Généralement, un CIS comprend (Wolf et coll., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Kimber et coll., 2005 ; Hunt, 2006) :

- 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 salle d'injection, leur état général (état d'intoxication, abcès...) ;
- la salle d'injection proprement dite qui comprend plusieurs places avec une chaise et une table ou tablette contre le mur, facilement lavable. L'injection s'y déroule sous le regard d'un professionnel (infirmier, travailleur social) formé à la supervision et/ou au conseil concernant l'injection. Certains CIS,

principalement aux Pays-Bas (Van Der Poel et coll., 2003) et en Suisse (Zobel et Dubois-Arber, 2004), offrent également une salle où les produits peuvent être fumés, inhalés ou sniffés⁴² (avec supervision extérieure) ;

- un espace de repos pour ceux qui en ont besoin après l'injection ;
- un espace où un conseil individuel ou des soins de base (désinfection, pansements...) peuvent être prodigués ;
- parfois d'autres services « de proximité » tels que petite cafeteria, salle d'eau, machine à laver, bourse aux petits jobs...

Tous les CIS sont équipés du matériel de premiers secours permettant de faire face aux overdoses et le personnel est formé pour assumer ce type d'urgence.

Les règles de fonctionnement peuvent varier selon les CIS :

- accès : généralement les CIS sont accessibles aux personnes majeures, mais certains acceptent aussi des mineurs. Dans certains CIS, l'accès est autorisé seulement aux personnes résidant dans la ville ou la région. Certains CIS n'admettent pas les femmes enceintes ou les personnes actuellement en traitement pour leur dépendance. La durée de séjour en salle d'injection est souvent limitée ;
- enregistrement : certains CIS ont un système d'enregistrement nominal, parfois avec une « carte d'accès ». Dans d'autres, il y a un enregistrement à la première visite, non nominal ou avec pseudonyme, garantissant ainsi l'anonymat ;
- comportements : généralement, le *deal* et la violence sont interdits et le non-respect des règles sanctionné ;
- expérience d'injection : dans pratiquement tous les CIS, il n'est pas possible de pratiquer une première injection, il existe toutefois des exceptions ;
- substances injectées, aide à l'injection et sites d'injection : 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 dans la plupart des CIS. Certains sites d'injection (l'aïne, le cou...) font l'objet d'interdiction dans certains CIS, avec des exceptions.

Méthode et données à disposition

L'analyse critique de la littérature est fondée sur la littérature publiée dans des journaux à comité de lecture essentiellement des années 2000 à 2009, mais prend également en compte la littérature dite « grise » (rapports, monographies). Beaucoup d'évaluations de CIS n'ont pas fait l'objet de publications

42. La littérature concernant les espaces de consommation par inhalation – qui sont parfois une offre supplémentaire dans les CIS – est rare, essentiellement constituée d'une littérature « grise ». Pour ces raisons, ce sujet n'est pas abordé dans ce chapitre.

dans des revues à comité de lecture et plusieurs expertises et revues n'ont pas été publiées dans des journaux scientifiques. L'analyse s'appuie, en particulier, sur les revues les plus récentes menées par Hedrich pour l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) en 2004 (Hedrich, 2004) avec une mise à jour (Hedrich et coll., 2010), le rapport d'un groupe d'experts indépendants de la *Joseph Rowntree Foundation* en 2006 (*Joseph Rowntree Foundation*, 2006) et la revue menée par l'Institut national de santé publique du Québec (Noël et coll., 2009).

Des raisons méthodologiques, pratiques et éthiques, largement discutées dans la littérature (Wood et coll., 2004a ; Fry et coll., 2005 ; Joseph Rowntree Foundation, 2006 ; Maher et Salmon, 2007 ; Noël et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010) rendent particulièrement difficile l'utilisation de protocoles expérimentaux qui pourraient amener à un niveau de preuve élevé. La plupart des CIS évalués ont fait l'objet d'évaluations avec protocoles observationnels utilisant à la fois un monitoring des processus de fonctionnement ayant recours aux données de routine fournies par le CIS et une évaluation des résultats avec, en général, des méthodes d'enquête simples avant/après auprès des usagers, ainsi que d'autres sources de données, conduisant à une triangulation des données. Deux CIS – celui de Sydney ouvert en 2001 et celui de Vancouver ouvert en 2003 – ont fait l'objet d'évaluations approfondies utilisant des méthodes complexes. L'évaluation du CIS de Sydney a fait appel à un protocole observationnel avec une analyse des données de processus, l'établissement d'une cohorte d'usagers du CIS, une série d'études transversales répétées auprès des usagers et des riverains, l'utilisation de données de type écologique pour comparer la ville avec CIS à d'autres localités (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). L'évaluation du CIS de Vancouver (Wood et coll., 2004a) a en particulier utilisé une cohorte d'usagers de drogues injectables recrutés au hasard dans la communauté, donnant ainsi la possibilité de comparer usagers et non usagers du CIS au cours du temps sur plusieurs indicateurs de résultats et d'impact.

L'analyse présentée ci-dessous se propose de documenter la preuve d'atteinte des objectifs généraux et spécifiques des CIS selon la structure présentée dans le tableau 12.I.

Tableau 12.1 : Objectifs des CIS et exemples d'indicateurs de mesure de leur atteinte (d'après Noël et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010)

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Exemples d'indicateurs/de mesures
Atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services sociaux et de santé	Atteindre les groupes à haut risque	Caractéristiques des usagers (accès au logement, risques liés à l'injection, injection dans l'espace public, expérience de traitement...)
Répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr	Répondre aux besoins des UDI	Nombre et type de prestations fournies, satisfaction des usagers
Améliorer la santé des usagers	Fonctionnement de manière adéquate en assurant une injection sûre, dans un environnement sûr	Nombre d'injections, absence d'événements indésirables, appréciations du personnel
	Réduire la morbidité et la mortalité associées aux overdoses /surdoses	Nombre d'overdoses / d'urgences nécessitant intervention, overdoses mortelles
	Réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection : diminuer les risques de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), d'autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...)	Comportements liés à l'injection (technique et hygiène de l'injection, fréquence d'injection, partage de seringues et de matériel de préparation, ré-usage de seringues, abcès récents, état des veines et de la peau...)
	Améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux	Nombre et type de soins prodigués, nombre d'orientations effectuées, nombre d'entrées en traitement
Diminuer les nuisances pour la communauté	Ne pas donner lieu à des effets secondaires indésirables : augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou diminution des entrées en traitement	Nombre d'injecteurs, fréquence d'injection, entrées en traitement
	Pas d'augmentation de troubles de l'ordre public aux abords des CIS, tels que rassemblements de consommateurs de drogues, violence, <i>deal</i>	Observation et comptage d'événements autour du CIS
	Diminution de l'injection dans l'espace public	Observation et auto-rapport des UDI
	Pas d'augmentation des délits liés à l'acquisition de drogues	Statistiques policières (délits tels que vols, trafic, agressions)
Obtenir l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)	Diminution de matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique	Observation et comptage du matériel abandonné
	Acceptation par les parties prenantes	Attitudes de la population, des riverains, comptage d'événements (plaintes, incidents)

Analyse des évaluations des CIS

Différents objectifs spécifiques des CIS sont successivement examinés.

Atteindre les groupes à haut risque et répondre à leurs besoins

L'objectif est d'atteindre des populations marginalisées, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr.

Les caractéristiques générales des usagers des CIS sont les suivantes : la majorité sont des hommes (plus de 70 %), une partie non négligeable et variable selon les villes n'a pas de domicile fixe, par exemple 11 % à Sydney (*MSIC Evaluation Committee*, 2003), 60 % à Barcelone (Anoro et coll., 2003), la plupart sont sans travail et ont recours à l'aide sociale.

L'âge moyen des usagers est plutôt élevé, plus de 30 ans dans la plupart des CIS en Europe, et en augmentation dans les endroits où des mesures successives ont été prises, ce qui reflète la situation générale actuelle des usagers de drogues injectées. La durée de la carrière d'injection est longue, mais les CIS sont capables d'attirer des usagers jeunes ou récents, particulièrement à risque (Stoltz et coll., 2007).

Les CIS comptent beaucoup de consommateurs s'injectant fréquemment (plusieurs fois par semaine ou chaque jour) et en particulier s'injectant dans l'espace public, par exemple parmi les usagers de drogues injectées entrant au CIS : 39 % à Sydney, 20 % à Genève, 53 % à Essen, 54 % à Vancouver (Benninghoff et coll., 2003 ; *MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2005a ; Scherbaum et coll., 2009). Une comparaison entre usagers et non usagers du CIS de Vancouver a montré que les usagers sont plus nombreux 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 (Wood et coll., 2005). 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 (Kimber et coll., 2003a).

Les usagers des CIS ont également des problèmes spécifiques liés à l'injection (difficulté à s'injecter, blessures et hématomes au lieu d'injection, abcès...) : par exemple 14 % des usagers de drogues injectées de Sydney présentaient de tels problèmes dans le mois avant l'entrée, 15 % des nouveaux usagers du CIS de Genève avaient des veines en mauvais état et 15 % rapportaient des problèmes infectieux récents (Benninghoff et coll., 2003). Une étude menée sur l'ensemble des usagers du CIS de Sydney entre 2001 et 2007, interrogés à leur entrée au CIS, a montré que 26 % d'entre eux avaient eu dans leur vie des difficultés liées à l'injection (veines difficilement accessibles, hématomes et blessures, œdèmes des extrémités) et 10 % des affections diverses consécutives à l'injection (6 % des abcès et infections cutanées, 4 % des thromboses, 2 % des septicémies, 1 % des endocardites) (Salmon et coll., 2009).

Une part importante des usagers des CIS en Europe et en Australie ont déjà été ou sont en traitement pour leur dépendance (Hedrich, 2004) : par exemple, 39 % des nouveaux usagers à Sydney en 2003 avaient eu un traitement dans les 12 mois, 59 % à Genève et 90 % des usagers d'Essen avaient déjà été en traitement pour leur dépendance (Benninghoff et coll., 2003 ; Kimber et coll., 2003a ; Scherbaum et coll., 2009).

L'examen de la fréquentation des CIS dans plusieurs villes a montré qu'il existe différents modes de fréquentation : certains usagers font un usage journalier des CIS, d'autres y viennent de manière épisodique (Zurhold et coll., 2003 ; Dubois-Arber et coll., 2008). Des moyennes de fréquentation par individu – calculées selon les données du système de monitoring – assez basses ont ainsi été observées à Sydney (15 sur 18 mois), à Genève (35 en 12 mois), à Vancouver (47 en 344 jours) (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2006a ; Dubois-arber et coll., 2008). Des moyennes beaucoup plus élevées sont rencontrées lorsqu'on récolte des données par enquête (sureprésentation des usagers fréquents). Les variables associées à l'usage fréquent des CIS sont : l'injection journalière de cocaïne ou d'héroïne, l'absence d'un domicile fixe, le besoin d'aide pour l'injection (Wood et coll., 2006b ; Dubois-Arber et coll., 2008). Même si tous les usagers de drogues injectées n'ont pas la même utilisation du CIS, un CIS peut avoir une bonne couverture de la population. Pour le CIS de Sydney, il a été calculé que deux tiers de la population d'usagers de drogues injectées résidente avaient visité le CIS au moins une fois, mais qu'une injection sur 10 y était effectuée (Kimber et coll., 2008a).

Motivation et satisfaction des usagers

Les raisons de l'usage des CIS et la satisfaction des usagers ont été investiguées dans plusieurs sites. Les raisons les plus fréquemment rapportées sont :

- le fait de pouvoir s'injecter tranquillement, sans stress ;
- dans des conditions hygiéniques ;
- à l'abri de la police ;
- en sécurité vis-à-vis des risques immédiats liés à l'injection.

La question du CIS comme environnement protégé et sûr est importante pour certains usagers particulièrement marginalisés (Rhodes et coll., 2006). L'aspect de l'apprentissage de l'hygiène d'injection et de l'hygiène corporelle en général apparaît également fortement. Les CIS sont par ailleurs appréciés comme lieu de rencontre et d'accès à des conseils et soins de base (Kerr et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Petrar et coll., 2007 ; Fast et coll., 2008 ; *Sozialdepartement Der Stadt Zürich*, 2008).

De façon générale, le niveau de satisfaction des usagers concernant le service et le contact avec le personnel des CIS est élevé (Hedrich et coll., 2010). Les critiques concernent plutôt des restrictions d'horaire ou certains aspects du

fonctionnement. Par exemple, certaines règles de fonctionnement ont été mentionnées par des usagers potentiels comme pouvant décourager l'utilisation des CIS : l'interdiction de partager des substances entre usagers, l'interdiction de l'injection assistée entre usagers, la supervision très proche par le personnel, l'enregistrement nominal, une présence policière près de l'entrée (Fry, 2002 ; Kerr et coll., 2003 ; Green et coll., 2004).

Sécurité

Toutes les évaluations de processus menées dans les CIS (Benninghoff et coll., 2003 ; Poschadel et coll., 2003 ; Solai et coll., 2004 ; Hedrich, 2004) ont mis en évidence qu'il était possible de maintenir des conditions garantissant l'hygiène et la sécurité de l'injection. En particulier, aucune overdose mortelle n'a jamais été rencontrée dans un CIS. Le seul décès survenu était dû à une réaction anaphylactique (Hedrich, 2004). 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 (Solai et coll., 2006). 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 (De Jong et Weber, 1999).

En résumé, les données disponibles montrent clairement que les CIS sont capables d'attirer les usagers les plus à risque et d'assurer l'accès à des conseils et des soins de base tout en garantissant la sécurité des usagers et du personnel.

Améliorer la santé des usagers en réduisant la morbidité et la mortalité associées aux overdoses /surdoses

Les usagers des CIS ont fréquemment des antécédents d'overdose. 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 (Spreyermann et Willen, 2002 ; Benninghoff et coll., 2003 ; Poschadel et coll., 2003 ; MSIC *Evaluation Committee*, 2003 ; Wood et coll., 2006c ; Hedrich et coll., 2010). Une analyse menée dans la cohorte de Vancouver a montré que le fait d'avoir une overdose

au CIS était associé à un usage quotidien d'héroïne, un nombre d'années d'injection inférieur à celui de ceux qui n'ont pas fait une overdose au CIS et à des antécédents d'overdose (Kerr et coll., 2006a).

Il a été suggéré que le fait d'être dans un CIS pourrait inciter les usagers à prendre plus de risques et s'exposer ainsi à un risque plus élevé d'overdose. 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 (Milloy et coll., 2008a).

Plusieurs estimations du nombre d'overdoses fatales évitées ont été réalisées : 10 par an en Allemagne dans les villes concernées (Hedrich et coll., 2010), 4 par an à Sydney (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). Pour le site de Vancouver, la plus récente estime le nombre de décès évités entre 1,9 et 11,7. Si ces overdoses avaient eu lieu dans la communauté, ce nombre pourrait être entre 8 et 51 (*Expert Advisory Committee*, 2008 ; Milloy et coll., 2008b ; Andresen et Boyd, 2010).

En résumé, les CIS offrent une sécurité en cas d'overdose. L'absence d'issue fatale malgré le nombre important d'overdoses rencontrées dans les CIS ainsi que les estimations réalisées suggèrent un impact sur la morbidité et la mortalité associées aux overdoses.

Réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection

Les risques visés sont les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses virales (VIH, VHC), d'autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...).

Comme on l'a vu plus haut, la question de l'hygiène et de la technique d'injection est une des raisons principales de l'utilisation des CIS. Les conseils à ce sujet représentent une part importante de l'activité des CIS (Kimber et coll., 2003b). Par exemple, au CIS de Sydney, une visite sur quatre a donné lieu à une prestation médicale ou sociale, les plus fréquentes étant les conseils sur l'injection et les soins de veines. Au CIS de Berne (Spreyermann et Willen, 2003), une analyse détaillée de la répartition du temps consacré par chaque collaborateur aux diverses activités du CIS montre que 16 % du temps des collaborateurs est consacré au conseil, 7 % à des soins somatiques. Une revue estime, sur la base des données de CIS de plusieurs pays, que 4,6 % à 10,5 % des visites aboutissent à un soin ou une prestation sociale (Hedrich, 2004).

Plusieurs évaluations ont mis en évidence des résultats positifs spécifiques rapportés par les usagers (Ronco et coll., 1996a et b ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; Hedrich, 2004 ; Solai et coll., 2004 ; Wood et coll., 2005c et 2006c ; Petrar et coll., 2007 ; Stoltz et coll., 2007 ; Hedrich et coll., 2010) : plus de 30 % des usagers du CIS de Vancouver disent avoir reçu des conseils spécifiques sur l'injection ; 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. L'équipe de Sydney a relaté avoir observé une amélioration des techniques. Les usagers rapportent également une diminution de l'usage de drogues dans l'espace public. Par ailleurs, plusieurs évaluations de CIS montrent que les usagers eux-mêmes mentionnent une amélioration de leur état physique ou psychique en conséquence de la fréquentation de CIS (Hedrich et coll., 2010).

Pour ce qui concerne les comportements à risque de transmission du VIH/VHC, tels que le partage de matériel d'injection ou servant à préparer l'injection, les revues mentionnent des effets positifs chez les usagers des CIS (Hedrich, 2004 ; Noel et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010). Toutefois, la plupart des usagers des CIS ont accès à d'autres structures telles que les PES ou les pharmacies, pour lesquels l'effet sur les comportements à risque est prouvé (voir chapitre sur les PES). 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 cependant montré une diminution du partage des seringues spécifiquement associée à la fréquentation de CIS chez des usagers de drogues injectées recrutés dans la communauté.

Aucune étude ou revue n'a permis de mettre en évidence un impact direct des CIS sur la réduction de l'incidence des maladies infectieuses, qui n'est d'ailleurs pas un des objectifs premiers des CIS. Ceci tient aux problèmes méthodologiques mentionnés et au fait que les CIS n'ont qu'une couverture faible par rapport à celle des autres interventions visant à modifier les comportements à risque de transmission des maladies infectieuses, leur éventuel impact serait par conséquent difficile à isoler (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Kimber et coll., 2003b ; Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Noel et coll., 2009 ; Hedrich et coll., 2010).

Une étude coût-efficacité fondée sur des modélisations d'incidence du VIH menée à Vancouver (Bayoumi et Zaric, 2008) a estimé à environ 2 par année les décès liés au VIH évités. L'estimation a toutefois été jugée un peu trop élevée (Des Jarlais et coll., 2008) sans que l'efficacité économique du projet ne soit remise en cause par les auteurs.

En résumé, on peut dire qu'il existe une preuve convaincante que les CIS réduisent les risques spécifiques liés à l'injection et ont un effet sur les risques liés à la transmission des maladies virales.

Améliorer l'accès aux soins (traitements de la dépendance ou autres traitements) et aux services sociaux

L'accès aux soins est variable selon l'organisation des CIS : certains offrent des soins médicaux de base, voire un accès aux traitements de substitution. Dans la plupart des CIS, les usagers sont référés à d'autres centres de soin – formellement par écrit, ou invités oralement s'y rendre – pour une prise en charge

somatique ou de leur dépendance. Par exemple à Genève, une visite sur 50 aboutit à un soin dans un local spécialisé et 20 % de ces interventions sont suivies d'un relais médical (Zobel et Dubois-Arber, 2004). À Sydney, 1 visite sur 41 a abouti à un relais (un peu moins de la moitié d'entre eux vers un centre de traitement de l'addiction) (*MSIC Evaluation Committee*, 2003). À Vancouver, un peu moins de la moitié des usagers de la première année ont été référés à d'autres services, dans 37 % des cas dans des services spécialisés dans l'addiction (Tyndall et coll., 2006).

Quelques études ont tenté de mesurer l'efficacité de ces relais (le contact effectif de l'utilisateur avec le centre de traitement ou l'entrée en traitement). À Sydney, 16 % des usagers référés avec une lettre se sont effectivement présentés à l'endroit où ils avaient été envoyés. Les facteurs associés au fait de se présenter étaient l'injection quotidienne et la prostitution, une affection psychiatrique étant un facteur de non-présentation (Kimber et coll., 2008b). À Vancouver, entre 2003 et 2005, 18 % des usagers du CIS ont commencé un traitement de leur dépendance, les facteurs associés à un début de traitement étaient le fait d'être sans abri, l'injection compulsive, l'usage au moins hebdomadaire du CIS, un contact avec le conseiller en addiction du CIS et des antécédents de traitement (Wood et coll., 2006a et c).

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.

Vérifier l'absence d'effets secondaires indésirables potentiels

Les effets secondaires indésirables peuvent être l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence d'injection ou diminution des entrées en traitement.

Une des craintes émises à l'endroit des CIS est la possibilité que l'offre d'un lieu d'injection augmente la demande, avec pour conséquence une augmentation du nombre de nouveaux injecteurs ou une augmentation de la fréquence d'injections pour ceux qui s'injectent déjà. Quelques cas de première injection (après essai de décourager l'utilisateur de le faire) ont été signalés à Berne (Zobel et Dubois-Arber, 2004), Genève (Benninghoff et coll., 2003 ; Solai et coll., 2004) et Vancouver (Kerr et coll., 2007). 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 (Kerr et coll., 2007), et plusieurs autres études ou revues ont fait des observations qui vont dans le même sens (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Zobel et Dubois-arber, 2004 ; Hedrich et coll., 2010). 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 (Zobel et Dubois-Arber, 2004).

Une autre crainte formulée à l'égard des CIS concerne la possibilité que leur existence décourage les gens d'entrer en traitement ou stimule l'abandon de traitement. 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 (Kerr et coll., 2006b). Les études menées en Suisse ne montrent pas non plus d'effet délétère sur l'entrée ou le maintien en traitement (Zobel et Dubois-Arber, 2004).

Il faut rappeler qu'une partie non négligeable des usagers des CIS⁴³ ont déjà été en traitement pour leur dépendance ou sont actuellement en traitement tout en continuant à s'injecter. La fréquentation du CIS dans ce cas, peut être une occasion de renouer avec un traitement abandonné ou mal suivi.

Les études disponibles suggèrent donc 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 (Hedrich et coll., 2010).

Diminuer les nuisances pour la communauté

Ces nuisances sont les troubles de l'ordre public (injection dans l'espace public, rassemblements d'usagers de drogues injectées, petits délits, *deal*) et les problèmes de santé publique causés par du matériel d'injection usagé abandonné sur la voie publique.

Cet objectif de diminution des nuisances pour la communauté a souvent été au premier plan dans la décision d'ouvrir des CIS. 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 et Dubois-Arber, 2004).

La diminution de l'injection dans l'espace public a été documentée d'abord par les changements de comportements rapportés par les usagers eux-mêmes, lors des évaluations des CIS (Ronco et coll., 1996a ; Van Der Poel et coll., 2003 ; Zurhold et coll., 2003 ; *MSIC Evaluation Committee*, 2003). Des mesures plus objectives ont été mises en place à Vancouver où l'on a pu observer et mesurer une baisse du nombre de personnes s'injectant dans l'espace public, une diminution des seringues abandonnées et des ordures associées, dans les premiers mois après l'ouverture du CIS. Des observations ultérieures par la police ont confirmé ces tendances (Wood et coll., 2004b et 2006c). À Sydney,

220 43. Dans les CIS qui ne refusent pas l'accès aux personnes en traitement.

un dispositif incluant un monitoring des rassemblements de consommateurs et des délits dans le quartier, des interviews du voisinage sur leurs observations de seringues abandonnées et d'injection en public et des comptages de seringues dans les alentours du CIS, ont permis de conclure à l'absence d'impact du CIS sur les délits, une légère augmentation des rassemblements de consommateurs derrière le CIS, une diminution des observations d'injection dans l'espace public, et une baisse suivie d'une nouvelle augmentation des seringues comptées (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Freeman et coll., 2005). Cinq ans plus tard, ces derniers indicateurs de nuisance s'étaient nettement améliorés (Salmon et coll., 2007). À Genève, les observations des travailleurs de rue dans le quartier où le CIS est implanté n'ont pas mis en évidence d'attroupements dans les alentours du CIS. En revanche, de tels rassemblements pouvaient avoir lieu devant le CIS en cas d'affluence et d'attente pour l'accès à la salle d'injection et ont posé des problèmes temporaires, y compris d'injection en public dans le voisinage et d'abandon de seringues. Les usagers et le personnel du CIS ont parfois organisé des équipes de nettoyage des abords du CIS (Benninghoff et coll., 2003).

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 (Wood et coll., 2006d). Un constat similaire avait été fait à Genève (Benninghoff et coll., 2003) et aux Pays-Bas (Hedrich et coll., 2010).

Il existe donc des données solides et convergentes sur la capacité des CIS à diminuer les nuisances dans l'espace public et sur l'absence d'impact, dans un sens ou un autre, sur la criminalité liée à l'acquisition de la drogue.

Gagner l'acceptation par les parties prenantes (quartier, commerces, politiciens, police)

Les attitudes de la population face aux CIS ont été variées et peuvent être variables au cours du temps. En Suisse, par exemple, des enquêtes de population répétées sur l'ensemble du pays ont montré une acceptation du principe des CIS dès le début des années 1990 (Leuthold et coll., 1993 ; Zobel et coll., 2003). Un CIS a cependant été refusé par une votation communale à Lausanne en 2007⁴⁴. Lorsque des CIS ont été proposés, le débat public autour de leur implantation a souvent été très animé et des groupes de pilotage ou autres instruments de concertation – incluant la police, les autorités politiques, les riverains... – autour de l'implantation de CIS ont été nécessaires pour rassurer les parties prenantes. Ces efforts ont en général conduit à une bonne acceptation des CIS, avec parfois des moments de « crise » (Ronco et coll., 1996b ; Benninghoff et coll., 2003). Des constatations similaires ont été faites en

44. <http://www.great-aria.ch/pdf/communique/communique090707.pdf>.

Allemagne où dans certains cas les riverains souhaitaient l'implantation d'un CIS (Zurhold et coll., 2003) pour améliorer la situation dans le quartier ainsi qu'aux Pays-Bas (Hedrich et coll., 2010).

À Sydney, des enquêtes répétées auprès des résidents du quartier et des propriétaires de magasins/établissements ont montré, malgré la persistance des controverses à son sujet, une augmentation du soutien au CIS et une diminution des représentations négatives de la population. De plus, le voisinage semblait de plus en plus conscient des bénéfices du CIS en termes de santé publique et d'ordre public (Thein et coll., 2005 ; Salmon et coll., 2007).

À Vancouver, la police a soutenu l'établissement du CIS et a facilité l'accès au CIS en informant les usagers de drogues injectées de son existence, voire en les envoyant au CIS (Debeck et coll., 2008). Dans un autre État canadien, en Ontario, en 2003, une enquête de population a mis en évidence 60 % d'opinions favorables en faveur des CIS (Cruz et coll., 2007).

Au Royaume-Uni, une étude qualitative menée dans des quartiers concernés par l'usage de drogue de 4 villes a montré une grande hétérogénéité d'appréciation des situations et des solutions proposées, les CIS en faisant partie (Cusick et Kimber, 2007).

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 (Hedrich, 2004 ; Hedrich et coll., 2010). Mais les résistances politiques peuvent être très fortes. À cet égard, l'histoire du CIS de Vancouver est exemplaire. Malgré le fait que ce CIS ait été évalué avec une grande rigueur scientifique et ses bénéfices avérés, les autorités politiques fédérales du Canada ont dans un premier temps refusé de poursuivre le financement au-delà de la période pilote pour la durée proposée par Santé Canada – qui avait fait un rapport favorable⁴⁵ – et supprimé les fonds de recherche (Wood et coll., 2006c). En 2010, des menaces de fermeture pèsent toujours sur ce CIS⁴⁶.

Il faut encore mentionner que les coûts d'implantation et d'exploitation des CIS sont importants. Cependant, plusieurs analyses économiques ont été menées sur les CIS de Vancouver et de Sydney et ont conclu à l'efficacité économique des CIS et au fait que l'ouverture des CIS par leur effet sur les overdoses mortelles évitées et sur la transmission du VIH, peut contribuer à réduire le fardeau financier à venir pour la société (*MSIC Evaluation Committee*, 2003 ; Bayoumi et Zaric, 2008 ; Andresen et Boyd, 2010).

45. http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-fra.php.

46. <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/282797/en-bref-insite-ottawa-veut-faire-annuler-le-jugement>.

En conclusion, les données disponibles indiquent que les CIS apportent des bénéfices aux usagers de drogues injectées : sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques, diminution des comportements à risque, accès à d'autres services, sans effets secondaires indésirables sur la consommation de drogues ou la disponibilité à entrer/rester en traitement. Les CIS bénéficient également à la communauté par la réduction de l'usage de drogues en public et des nuisances associées. Ils constituent un investissement potentiellement rentable.

Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers de drogues injectées, permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection : en particulier la prévention d'overdoses mortelles, l'hygiène et la technique d'injection. Ce dernier aspect est particulièrement important puisqu'il n'est pas nécessaire que les usagers de drogues injectées fassent toutes leurs injections au CIS pour bénéficier de ces conseils sur l'injection et de l'apprentissage de l'hygiène et de gestes plus adéquats. Les attentes face aux CIS doivent donc être réalistes, ils ne sauraient être une réponse à l'ensemble des problèmes rencontrés par les usagers de drogues injectées, c'est leur spécificité (la réduction des risques liés à l'injection) et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt.

Les CIS constituent en effet un lieu de refuge et d'accès à des soins de base, ainsi qu'une porte d'entrée et un trait d'union vers d'autres services, pour les usagers de drogues injectées à très hauts risques. Les CIS sont toutefois également utilisés, en particulier en Europe où la couverture en traitement de substitution est élevée, par des usagers de drogues injectées en traitement qui n'ont pas (encore) pu abandonner l'injection ou qui sont en phase de rechute. Cette réalité doit être prise en compte de façon à ce que l'existence d'un traitement en cours puisse être reconnue, discutée sans jugement avec l'utilisateur de façon à permettre, le cas échéant, une reprise ou un meilleur suivi du traitement. 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.

Il faut rappeler que les CIS existants opèrent dans des environnements avec une offre de services et un fonctionnement variables. Pour que les CIS soient efficaces, il est nécessaire qu'ils répondent à des besoins identifiés qui peuvent être différents selon le contexte (par exemple : importance de l'injection en public, du nombre d'utilisateurs de drogues injectées sans contact ou en rupture avec des structures de soin, du nombre d'overdoses mortelles, des problèmes de santé liés à l'injection tels que les abcès et le mauvais état des veines...) et qu'ils soient capables de couvrir ces besoins. L'identification des besoins et la proposition d'une offre en services appropriée sont donc une étape très importante. L'intégration des CIS dans un dispositif plus large de services, avec une bonne communication entre les services est un élément de leur réussite.

Enfin, pour garantir un fonctionnement adéquat, leur implantation devrait reposer sur un consensus entre les acteurs locaux : santé, police, autorités politiques et administratives, population en général et voisinage immédiat, usagers eux-mêmes. Ceci demande une phase de préparation, d'explication et de communication, compte tenu des représentations souvent négatives des CIS qui prévalent. L'expérience montre que la bonne communication entre les différents acteurs sur l'activité du CIS reste importante en permanence dans la conduite d'un CIS. Une évaluation de la phase d'implantation est un élément important du processus d'acceptation des CIS, elle devrait être suivie d'un monitoring de routine des prestations servies et de la fréquentation du CIS.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRESEN MA, BOYD N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2010, **21** : 70-76

ANORO M, ILUNDAIN E, SANTISTEBAN O. Barcelona's safer injection facility-EVA: A harm reduction program lacking official support. *Journal of Drug Issues* 2003, **33** : 689-711

AUBISSON S, CARRIERI P, LOVELL AM, BEN DIANE MK, PERETTI-WATEL P, et coll. New tools for preventing and evaluating risk practices for hepatitis C transmission among injection drug users: some reflections on injection rooms and the measurement of risk-taking behaviors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2006, **54** : 1S69-1S75

BAYOUMI AM, ZARIC GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Cmaj* 2008, **179** : 1143-1151

BELETSKY L, DAVIS CS, ANDERSON E, BURRIS S. The law (and politics) of safe injection facilities in the United States. *Am J Public Health* 2008, **98** : 231-237

BENNINGHOFF F, SOLAI S, HUISSOUD T, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de quai 9 "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Période 12/2001-12/2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed). Département de l'action sociale et de la santé, 2003, 186p

BRAVO MJ, ROYUELA L, DE LA FUENTE L, BRUGAL MT, BARRIO G, et coll. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction* 2009, **104** : 614-619

BROADHEAD RS, KERR TH, GRUND JPC, ALTICE FL. Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives. *Journal of Drug Issues* 2002, **32** : 329-355

CRUZ MFI, PATRA J, FISCHER B, REHM JE, KALOUSEK K. Public opinion towards supervised injection facilities and heroin-assisted treatment in Ontario, Canada. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 54-61

CUSICK L, KIMBER J. Public perceptions of public drug use in four UK urban sites. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 10-17

DE JONG W, WEBER U. The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *Int J Drug Policy* 1999, **10** : 99-108

DEBECK K, WOOD E, ZHANG R, TYNDALL M, MONTANER J, et coll. Police and public health partnerships: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008, **3** : 11

DES JARLAIS DC, ARASTEH K, HAGAN H. Evaluating Vancouver's supervised injection facility: data and dollars, symbols and ethics. *Cmaj* 2008, **179** : 1105-1106

DOLAN K, KIMBER J, FRY C, FITZGERALD J, MCDONALD D, et coll. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev* 2000, **19** : 337-346

DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, JEANNIN A. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *Eur Addict Res* 2008, **14** : 1-10

ELLIOTT R, MALKIN I, GOLD J. Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques. Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2002, 76p

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

FAST D, SMALL W, WOOD E, KERR T. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered through a supervised injecting facility. *Harm Reduct J* 2008, **5** : 32

FISCHER B, TURNBULL S, POLAND B, HAYDON E. Drug use and urban order: examining supervised injection sites (SISs) as 'governmentality'. *Int J Drug Policy* 2004, **15** : 357-365

FREEMAN K, JONES CG, WEATHERBURN DJ, RUTTER S, SPOONER CJ, et coll. The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug Alcohol Rev* 2005, **24** : 173-184

FRY CL. Injecting drug user attitudes towards rules for supervised injecting rooms: implications for uptake. *Int J Drug Policy* 2002, **13** : 471-476

FRY CL. Safer injecting facilities in Vancouver: considering issues beyond potential use. *Can Med Assoc J* 2003, **169** : 777-778

FRY CL, TRELOAR C, MAHER L. Ethical challenges and responses in harm reduction research: promoting applied communitarian ethics. *Drug Alcohol Rev* 2005, **24** : 449-459

GREEN T, HANKINS C, PALMER D, BOIVIN JF, PLATT R. Ascertaining the need for a supervised injecting facility (SIF): The burden of public injecting in Montreal, Canada. *J Drug Issues* 2003, **33** : 713-732

GREEN TC, HANKINS CA, PALMER D, BOIVIN JF, PLATT R. My place, your place, or a safer place: the intention among Montreal injecting drug users to use supervised injecting facilities. *Can J Public Health* 2004, **95** : 110-114

HAEMMIG R, VAN BEEK I, PATES R, MCBRIDE A, ARNOLD K. Supervised Injecting Rooms. In : *Injecting illicit drugs*. Blackwell Publishing. Malden, MA US, 2005

HEDRICH D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre and Drug Addiction (ed), 2004, 96p

HEDRICH D, KERR T, DUBOIS-ARBER F. Drug consumption facilities in Europe and beyond. In : Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Monograph 10. RHODES T, HEDRICH D (eds). Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2010

HUNT N. An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation, 2006

HUNT N, LLOYD C, KIMBER J, TOMPKINS C. Public injecting and willingness to use a drug consumption room among needle exchange programme attendees in the UK. *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 62-65

JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION. The report of the independent working group on drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation (ed), 2006

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, **169** : 759-763

KERR T, TYNDALL M, LI K, MONTANER J, WOOD E. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* 2005, **366** : 318

KERR T, TYNDALL MW, LAI C, MONTANER JS, WOOD E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *Int J Drug Policy* 2006a, **17** : 436-441

KERR T, STOLTZ JA, TYNDALL M, LI K, ZHANG R, et coll. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ* 2006b, **332** : 220-222

KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, LAI C, MONTANER JS, et coll. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. *Am J Public Health* 2007, **97** : 1228-1230

KIMBER J, MACDONALD M, VAN BEEK I, KALDOR J, WEATHERBURN D, et coll. The Sydney medically supervised injecting centre: Client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation. *J Drug Issues* 2003a, **33** : 639-648

KIMBER J, DOLAN K, VAN BEEK I, HEDRICH D, ZURHOLD H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 2003b, **22** : 227-233

KIMBER J, DOLAN K, WODAK A. Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review* 2005, **24** : 21-24

KIMBER J, HICKMAN M, DEGENHARDT L, COULSON T, VAN BEEK I. Estimating the size and dynamics of an injecting drug user population and implications for health service coverage: comparison of indirect prevalence estimation methods. *Addiction* 2008a, **103** : 1604-1613

KIMBER J, MATTICK RP, KALDOR J, VAN BEEK I, GILMOUR S, et coll. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Drug Alcohol Rev* 2008b, **27** : 602-612

LEUTHOLD A, CATTANEO M, DUBOIS-ARBER F. Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge. *Soz- Präventivmed* 1993, **38** : 206-216

LLOYD C, HUNT N. Drug consumption rooms: An overdue extension to harm reduction policy in the UK? *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 5-9

MAHER L, SALMON A. Supervised injecting facilities: how much evidence is enough? *Drug Alcohol Rev* 2007, **26** : 351-353

MALKIN I, ELLIOTT R, MCRAE R. Supervised injection facilities and international law. *J Drug Issues* 2003, **33** : 539-578

MILLOY MJS, KERR T, MATHIAS R, ZHANG R, MONTANER JS, et coll. Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008a, **34** : 499-509

MILLOY MJ, KERR T, TYNDALL M, MONTANER J, WOOD E. Estimated Drug Overdose Deaths Averted by North America's First Medically-Supervised Safer Injection Facility. *PLoS ONE* 2008b, **3** : e3351

MSIC EVALUATION COMMITTEE. Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003

NOËL L, GAGNON F, BÉDARD A, DUBÉ E. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée. Analyse critique de la littérature. Institut national de santé publique du Québec (ed), 2009, 103p

PEARSHOUSE R, ELLIOTT R. Une main secourable : questions juridiques entourant l'assistance à l'injection dans les lieux supervisés pour l'injection. Réseau juridique canadien VIH/Sida, 2007, 47p

PETRAR S, KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, MONTANER JSG, et coll. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav* 2007, **32** : 1088-1093

POSCHADEL S, HÖGER R, SCHNITZLER J, SCHRECKENBERGER J. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für gesundheit und soziale sicherung (ed). Nomos-Verlag-Gesellschaft, Baden-Baden, 2003

RHODES T, KIMBER J, SMALL W, FITZGERALD J, KERR T, et coll. Public injecting and the need for 'safer environment interventions' in the reduction of drug-related harm. *Addiction* 2006, **101** : 1384-1393

RONCO C, SPUHLER G, CODA P, SCHÖPFER R. Evaluation des Gassenzimmer I,II und III in Basel. *Soz Präventivmed* 1996a, **41** : S58-S68

RONCO C, SPUHLER G, KAISER R. Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige" in Luzern. *Soz Präventivmed* 1996b, **41** : S45-S57

SALMON AM, THEIN HH, KIMBER J, KALDOR JM, MAHER L. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy* 2007, **18** : 46-53

SALMON AM, DWYER R, JAUNCEY M, VAN BEEK I, TOPP L, et coll. Injecting-related injury and disease among clients of a supervised injecting facility. *Drug Alcohol Depend* 2009, **101** : 132-136

SCHERBAUM N, SPECKA M, BOMBECK J, MARRZINIAK B. Drug consumption facility as part of a primary health care centre for problem drug users - Which clients are attracted? *Int J Drug Policy* 2009, **20** : 447-449

SOLAI S, BENNINGHOFF F, MEYSTRE-AGUSTONI G, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève : deuxième phase 2003. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004, 124p

SOLAI S, DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, BENAROYO L. Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. *Int J Drug Policy* 2006, **17** : 17-22

SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH. "Ein Ort, wo man sein kann". Die Zukunft der "Harm Reduction" am Beispiel der Kontakt- und Anlaufstellen des Stadt Zürich. Sozialdepartement der Stadt Zürich, 2008

SPREYERMANN C, WILLEN C. Pilotprojekt Cactus: Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel. Sfinx, 2002

SPREYERMANN C, WILLEN C. Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen. Sfinx, 2003

STOLTZ JM, WOOD E, MILLER C, SMALL W, LI K, et coll. Characteristics of young illicit drug injectors who use North America's first medically supervised safer injecting facility. *Addict Res Theor* 2007, **15** : 63-69

STRATHDEE SA, POLLINI RA. A 21st-century Lazarus: the role of safer injection sites in harm reduction and recovery. *Addiction* 2007, **102** : 848-849

THEIN H, KIMBER JO, MAHER L, MACDONALD M, KALDOR JM. Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. *Int J Drug Policy* 2005, **16** : 275-280

TYNDALL MW, KERR T, ZHANG R, KING E, MONTANER JG, et coll. Attendance, drug use patterns, and referral made from North America's first supervised injection facility. *Drug Alcohol Depend* 2006, **83** : 193-198

VAN DER POEL A, BARENDREGT C, VAN DE MHEEN D. Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description. *Eur Addict Res* 2003, **9** : 100

WODAK A, SYMONDS A, RICHMOND R. The role of civil disobedience in drug policy reform: How an illegal 'safer injection room' led to a sanctioned, 'medically supervised injection center'. *J Drug Issues* 2003, **33** : 609-624

WOLF J, LINNSEN L, DE GRAAF I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* 2003, **3** : 649-662

WOOD E, KERR T, SPITTAL PM, LI K, SMALL W, et coll. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *JAIDS* 2003, **32** : 2-8

WOOD E, KERR T, LLOYD-SMITH E, BUCHNER C, MARSH DC, et coll. Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. *Harm Reduct J* 2004a, **1** : 1-5

WOOD E, KERR T, SMALL W, LI K, MARSH DC, et coll. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Can Med Assoc J* 2004b, **171** : 731-734

WOOD E, TYNDALL MW, LI K, LLOYD-SMITH E, SMALL W, et coll. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? *Am J Prev Med* 2005b, **29** : 126-130

WOOD E, TYNDALL M, STOLTZ JA, SMALL W, ZHANG R, et coll. Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 2005c, **16** : 281-284

WOOD E, TYNDALL MW, STOLTZ JA, SMALL W, LLOYD-SMITH E, et coll. Factors associated with syringe sharing among users of medically supervised safer injecting facility. *Am J Infect Dis* 2005d, **1** : 50-54

WOOD E, TYNDALL MW, ZHANG R, STOLTZ JA, LAI C, et coll. Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services. *N Engl J Med* 2006a, **354** : 2514

WOOD E, TYNDALL MW, QUI Z, ZHANG R, MONTANER JSG, et coll. Service Uptake and Characteristics of Injection Drug Users Utilizing North America's First Medically Supervised Safer Injecting Facility. *Am J Public Health* 2006b, **96** : 770-773

WOOD E, TYNDALL MW, MONTANER JS, KERR T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj* 2006c, **175** : 1399-1404

WOOD E, TYNDALL MW, LAI C, MONTANER JSG, KERR T. Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2006d, **1** : 13

WRIGHT NMJ, TOMPKINS CNE. Supervised injecting centres. *BMJ: British Medical Journal* 2004, **328** : 100-103

ZAJDOW G. The narrative of evaluations: Medically supervised injecting centers. *Contemporary Drug Problems* 2006, **33** : 399-426

ZOBEL F, DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisée à la demande de l'office fédéral de la santé publique. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed), 2004, 31p

ZOBEL F, THOMAS R, ARNAUD S, DE PREUX E, RAMSTEIN T, et coll. Global evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems (ProMeDro). Fourth Synthesis Report 1999-2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2003

ZURHOLD H, DEGKWITZ P, VERTHEIN U, HAASEN C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003, **33** : 663-688