

# Etude de faisabilité des salles de consommation de drogues à moindre risque en Belgique (DRUGROOM)

---

## *Résumé*

### **CONTEXTE**

A travers le monde, les stratégies de réduction des risques sont devenues une composante essentielle des politiques globales et intégrées en matière de drogue (Cook *et al.*, 2010; Csete *et al.*, 2016; Strang *et al.*, 2012). Depuis plusieurs années, les pays européens ont convergé vers un ensemble d'options politiques visant à réduire les risques et les nuisances, parmi lesquelles on peut citer l'accès aux traitements de substitution aux opiacés et l'accès aux comptoirs et programmes d'échange de seringues (EMCDDA, 2015; Rhodes & Hedrich, 2010). Dans plusieurs pays européens (en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Espagne, en Norvège, au Luxembourg, au Danemark, et plus récemment en France), des *salles de consommation de drogues à moindre risque* (SCMR) ont été mises en place et sont devenues une part intégrante de l'éventail des services "à bas seuil" offerts au sein des systèmes de traitement en matière de drogues. Bien que l'efficacité de ces salles en matière de réduction des risques et des dommages ait été bien documentée—ces services facilitent des injections sûres, sont associés à une diminution de la morbidité et de la mortalité (overdoses), favorisent les renvois vers l'offre de traitement, et ont des effets positifs en matière d'ordre public (EMCDDA, 2017; Potier *et al.*, 2014)—les SCMR restent controversées. Néanmoins, des appels pour de nouvelles installations (par exemple, aux Etats-Unis, en Ecosse et en Irlande) ou pour l'extension des projets existants se développent (Bayoumi & Strike, 2016; Kennedy & Kerr, 2017; Kerr *et al.*, 2008). A l'heure actuelle, la Belgique ne dispose pas encore de ce type de service, et la recherche dans ce domaine est restée limitée (Barendregt & Rodenburg, 2004; Favril *et al.*, 2015). C'est pour combler ce manque que le présent projet vise à examiner la faisabilité de la mise en place de SCMR en Belgique.

### **L'ETUDE « DRUGROOM »**

L'objectif principal de la présente étude est d'explorer la faisabilité des SCMR en Belgique, et de fournir des informations relatives à celles-ci à propos de: (1) quelles sont les implications légales de ce type de service, en particulier en ce qui concerne les responsabilités (médicales) de l'Etat et des soignants ; et (2) quelles sont les (pré-)conditions de base pour la mise en œuvre des SCMR. Le projet DRUGROOM est composé de quatre phases ou "work packages" (WP). Au cours de l'ensemble de ces

phases de recherche, des perspectives diverses et l'apport d'acteurs concernés à différents niveaux seront réunis pour former un ensemble cohérent, car chacune de ces perspectives et chacun de ces acteurs détiennent une partie des informations essentielles et nécessaires à une évaluation de la faisabilité adaptée aux conditions locales spécifiques de mise en œuvre des SCMR. Une perspective multidisciplinaire sera garantie tout au long du projet par l'apport d'experts nationaux et internationaux, l'implication des coordinateurs drogue locaux, et la mise en place d'un Comité d'Accompagnement composé de représentants d'agences multiples.

### **1. Etude juridique: analyse du cadre légal des SCMR (Avril – Juin 2017)**

Le WP1 sera centré sur le cadre légal des SCMR. Premièrement, le positionnement des SCMR au regard des traités internationaux de contrôle en matière de drogues sera examiné ; c'est-à-dire l'analyse de la légalité de salles publiques d'injection sous le contrôle de l'Etat du point de vue de la législation internationale, et plus particulièrement au regard des trois traités internationaux concernés en lien avec l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS). Deuxièmement, les réformes législatives mises en œuvre dans les pays voisins (en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg) en vue de permettre la mise en place de SCMR seront explorées, au regard de la Loi Belge sur les Stupéfiants de 1921. A ce sujet, un aspect primordial de ce WP sera d'examiner la question des responsabilités (médicales) de l'Etat et des soignants travaillant dans une SCMR.

### **2. Identification de scénarios sur base des expériences de SCMR mises en œuvre à l'étranger (Avril – Juin 2017)**

La deuxième phase sera centrée sur l'examen des modalités pratiques et organisationnelles des SCMR déjà mises en œuvre grâce à : (1) une revue de la littérature scientifique, (2) des visites de sites en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Luxembourg, et (3) interviews d'acteurs concernés dans les pays susmentionnés. Cette deuxième phase permettra la définition de différents scénarios de mise en œuvre pour d'éventuelles SCMR en Belgique. Une vue solide sur les implications pratiques et organisationnelles préparatoires des SCMR est un élément essentiel de la définition de scénarios possibles pour la Belgique.

### **3. Etude de faisabilité en Belgique (Juillet – Septembre 2017)**

Dans ce WP, les scénarios du WP2 seront présentés à un éventail multidisciplinaire d'acteurs concernés dans les 5 grandes villes belges (Gand, Anvers, Bruxelles, Liège et Charleroi). Au cours des interviews avec les acteurs-clé de chaque ville (et en assurant une diversité d'acteurs professionnels),

la faisabilité de différents modèles et scénarios sera discutée, ainsi que les conditions pour la mise en œuvre des SCMR, en tenant compte des spécificités du contexte local de chaque ville. Les acteurs-clé seront recrutés au sein d'un éventail de secteurs d'activité, en ce compris : (1) les services de soins en matière d'assuétudes; (2) les services à bas-seuil et de réduction des risques; (3) les services d'outreach ; (4) la police; (5) les Procureurs; (6) la Justice; (7) les décideurs politiques locaux; (8) les coordinateurs-drogue locaux; et (9) les services d'urgence. De plus, afin d'atteindre la population-cible des SCMR, des consommateurs de drogues seront impliqués dans ce WP (Lancaster *et al.*, 2013; Ti *et al.*, 2012; Vander Laenen, Favril, & Decorte, 2016) grâce à un groupe focal dans chacune des 5 grandes villes.

#### 4. Formulation de recommandations politiques (Octobre – Décembre 2017)

Dans le WP final, une synthèse globale des WP précédents sera réalisée, en vue de fournir des recommandations politiques et pratiques, spécifiquement adaptées au contexte belge et aux contextes locaux. Ces recommandations seront orientées vers la mise en pratique, prêtes à être mises en œuvre sous la forme d'un manuel.

### SCHÉMA TEMPOREL DE L'ÉTUDE

#### Chronologie

2017	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Dec
<b>WP1</b>									
<b>WP2</b>									
<b>WP3</b>									
<b>WP4</b>									

#### Méthodologie

	Revue de littérature		Méthodes qualitatives	
	Analyse légale	Publications scientifiques	Interviews	Focus groups
<b>WP1</b>	X			
<b>WP2</b>		X	X	

<b>WP3</b>			X	X
<b>WP4</b>	<i>(synthèse et intégration)</i>			

## PROMOTEURS

- Prof. Freya Vander Laenen (coordinatrice; UGent), WP3
- Prof. Brice De Ruyver (UGent), WP1
- Prof. Tom Decorte (UGent), WP2
- Dr. Jessica De Maeyer (HoGent), WP3
- Dr. Pablo Nicaise (UCLouvain), WP3
- Dagmar Hedrich (EMCDDA), WP2

**Chercheur principal:** Louis Favril ([louis.favril@ugent.be](mailto:louis.favril@ugent.be))

## RÉFÉRENCES

- Barendregt, C., & Rodenburg, G. (2004). *Een gebruiksruimte in Antwerpen: wenselijk en haalbaar?* Amsterdam: Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen & Verslaving.
- Bayoumi, A.M., & Strike, C.J. (2016). Making the case for supervised injection services. *Lancet*, 387(10031), 1890-1891.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G.V. (2010). The diffusion of harm reduction in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (pp. 37-56). Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., et al. (2016). Public health and international drug policy. *Lancet*, 387(10026), 1427-1480.
- EMCDDA (2015). *Drugs policy and the city in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2017). *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Decorte, T. (2015). *Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent. Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten*. Antwerpen: Maklu.
- Kennedy, M.C., & Kerr, T. (2017). Overdose prevention in the United States: a call for supervised injection sites. *American Journal of Public Health*, 107(1), 42-43.
- Kerr, T., Montaner, J., & Wood, E. (2008). Supervised injecting facilities: time for scale-up? *Lancet*, 372(9636), 354-355.
- Lancaster, K., Ritter, A., & Stafford, J. (2013). Public opinion and drug policy in Australia: engaging the 'affected community'. *Drug and Alcohol Review*, 32(1), 60-66.
- Potier, C., Laprevote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. (2014). Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug and Alcohol Dependence*, 145, 48-68.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D., & Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Lancet*, 379(9810), 71-83.

- Ti, L., Tzemis, D., & Buxton, J.A. (2012). Engaging people who use drugs in policy and program development: a review of the literature. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(47).
- Vander Laenen, F., Favril, L., & Decorte, T. (2016). Prioriteiten voor het lokale harm reduction-beleid: drugsgebruikers als sleutelfiguren. *Verslaving*, 12(2), 106-120.