Conditions d'accès aux espaces de consommation sécurisés : pour une approche efficace et efficiente

Papier de position

septembre 2025

YOU'RE NOT LOST
YOU'RE HERE

Fort de l'expertise de ses professionnel-le-s de terrain, le GREA présente ce document de position sur les espaces de consommation sécurisés. Leur engagement quotidien auprès des personnes concernées par l'usage de substances a nourri cette réflexion. Nous les remercions chaleureusement pour cette contribution précieuse.

Adopté à l'unanimité par le comité de l'association le 8 septembre 2025, ce texte constitue la position officielle du GREA. Il développe un argumentaire scientifique et juridique documenté pour éclairer les débats publics et soutenir des dispositifs répondant aux besoins des personnes concernées.

Version du 25 septembre 2025

Citation suggérée: Bach, R., Barbe, L., & Clot, J. (2025). Conditions d'accès aux espaces de consommation sécurisés: pour une approche efficace et efficiente [Document de position]. GREA.

1. Introduction

La Suisse romande compte actuellement cinq espaces de consommation sécurisés (ECS) répartis sur quatre cantons:

- **Genève**: le Quai 9 (Association Première Ligne)
- **Vaud**: Le Passage et L'Antenne à Lausanne (Fondation ABS)
- **Fribourg**: l'ECS de Fribourg (Fondation Le Tremplin via Équip'appart)
- **Berne**: le centre d'accueil de Bienne (Fondation Contact)

Piliers de la réduction des risques (RdR), ces structures répondent à un double impératif: santé publique et tranquillité publique. Une tension traverse leurs modalités d'accès: l'accès à bas seuil garantit leur efficacité, mais les préoccupations politiques et sociales poussent régulièrement à le limiter.

Ces questionnements s'inscrivent dans un contexte plus large de réflexion sur l'évolution des politiques publiques de RdR, marqué par l'émergence de nouveaux défis tels que la consommation de crack, l'aggravation de la précarité, l'attraction des centres urbains et la complexification des problématiques multiples touchant les personnes concernées.

Ce document poursuit trois objectifs:

- **Rappeler les bénéfices concrets des ECS pour la santé publique et la cohésion sociale;**
- **Fournir aux professionnel·le·s et autorités un argumentaire solide pour défendre l'accès inclusif, gage d'efficacité maximale;**
- **Reconnaître la diversité des contextes romands et leurs défis d'acceptabilité.**

2. Cadre conceptuel encadrant l'accessibilité

2.1 La réduction des risques, pilier de la politique suisse

La RdR représente l'un des quatre piliers de la politique suisse en matière d'addiction, aux côtés de la prévention, du traitement et de la régulation. Elle privilégie la minimisation des dommages sanitaires et sociaux plutôt que l'exigence d'abstinence immédiate.

La RdR, initialement développée en Europe dans les années 1970-1980, a montré son efficacité en Suisse. Dès 1986, la Suisse s'est positionnée comme pionnière en développant des innovations, comme les ECS, qui ont laissé une empreinte durable au niveau international. La RdR ne se limite plus aux seules consommations de drogues illicites : elle s'étend désormais aux usages de produits légaux et tend à être envisagée de manière plus globale et transversale. Attentive aux inégalités sociales, elle s'inscrit également dans une perspective d'inclusion, et intègre des actions visant à améliorer les conditions de vie des personnes concernées, notamment à travers l'accès à un logement, aux services sociaux, à une assistance juridique ou à une alimentation adéquate (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 2024a).

La RdR et les ECS sont essentiels, mais la politique des quatre piliers doit évoluer face aux mutations depuis les années 1990 : nouveaux modes de consommation, diversification des populations touchées, changements générationnels et enjeux sociaux émergents. Au-delà de la régulation, de la prévention et du traitement, il faut agir sur les déterminants sociaux de la santé (logement précaire, exclusion, inégalités) qui conditionnent les trajectoires de consommation. Les politiques universelles améliorent ces conditions pour tous, tandis qu'une meilleure connaissance des personnes concernées – leurs parcours et situations – permet d'ajuster les interventions aux réalités spécifiques.

2.2 Qu'est-ce qu'un Espace de Consommation Sécurisé?

Les ECS permettent aux usagers de consommer leurs propres substances dans un cadre hygiénique et sécurisé, avec un accompagnement professionnel. Elles s'appuient sur le principe de bas seuil d'accessibilité, qui prévoit notamment « une aide sans formalités bureaucratiques, aux personnes dépendantes se trouvant généralement dans des situations psychosociales difficiles » à travers plusieurs mesures (accessibilité institutionnelle garantie, aide inconditionnelle, absence d'obligation d'abstinence, anonymat ou confidentialité dans l'accompagnement personnalisé, etc.). Plus globalement, les ECS s'inscrivent dans la philosophie de la RdR, visant à « contribuer à limiter les risques pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas (pour l'instant) renoncer à leur consommation de drogues » (Infodrog, 2022).

Les ECS poursuivent quatre objectifs fondamentaux :

- **Sauver des vies** - Prévenir la mortalité, réduire les surdoses et les infections, assurer une veille sanitaire sur les produits en circulation ;
- **Restaurer la dignité** - Accueillir sans jugement dans un espace sécurisé, offrir repos et hygiène, reconnaître l'humanité au-delà de la consommation ;
- **Recréer du lien** - Renouer le dialogue avec des populations marginalisées, faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement social, orienter vers les dispositifs adaptés ;
- **Apaiser l'espace urbain** - Réduire les nuisances publiques, servir de médiateur entre usagers et riverains, contribuer à la cohésion sociale.

3. Les modèles d'accessibilité en Suisse romande

Plusieurs cantons de Suisse romande font face depuis plusieurs mois à une dégradation rapide des conditions de vie des publics précarisés, dans un contexte de saturation des dispositifs existants et d'insuffisance des relais d'accueil adaptés. **Les effets cumulatifs de plusieurs fragilités produisent aujourd'hui une dynamique de marginalisation visible et persistante.** Cette situation génère une insatisfaction sociale légitime et des réactions politiques qui, paradoxalement, remettent parfois en question le fonctionnement de structures ayant pourtant démontré leur efficacité. Face à ces défis et ces tensions, les cantons romands ont développé des approches différenciées selon leurs réalités territoriales.

3.1 Genève et Lausanne: un modèle d'accès universel efficace

Le Quai 9 à Genève et les deux ECS lausannois pratiquent un accès universel sans critères géographiques, alliant humanisme et efficacité. Face à l'émergence du crack, ces structures ont adapté leurs infrastructures et développé un accompagnement spécialisé pour répondre aux défis urbains. **En accueillant sans distinction, elles limitent l'impact des consommations sur l'espace public tout en maintenant un accès à bas seuil.** Les équipes collaborent étroitement avec les institutions extra-cantoniales – notamment françaises – et les forces de l'ordre. Cette coopération transfrontalière assure la continuité des suivis pour les personnes éloignées des centres urbains, tout en renforçant la sécurité.

3.2 Fribourg et Berne: un modèle d'accès adapté aux contextes locaux

La Suisse romande compte également deux autres ECS, gérés par la Fondation Le Tremplin à Fribourg et la Fondation Contact à Bienne, dans le canton de Berne. Ces ECS présentent des conditions d'accès légèrement plus strictes pour certaines prestations destinées aux personnes résidant hors canton. **L'ensemble des personnes résidant hors canton sont néanmoins accueillies par ces structures** et accompagnées avec bienveillance. Par exemple, un système d'admission provisoire permet aux personnes non-résidentes un accompagnement individualisé, avec

révélation d'identité requise pour les séjours à long terme. L'approche combine consommation sécurisée et accompagnement personnalisé selon les souhaits de chacun.e. Ces structures garantissent une confidentialité stricte: seul-e-s les professionnel-le-s en relation directe avec la personne accèdent à son identité, et aucune information n'est divulguée à l'extérieur sans autorisation écrite. Les professionnel-le-s offrent un premier accompagnement et orientent si nécessaire vers des structures extra-cantoniales adaptées. En aucun cas les personnes ne sont laissées sans aide.

3.3 Jura, Neuchâtel, Valais: des approches de réduction des risques sans ECS

Les cantons du Jura, de Neuchâtel et du Valais ne disposent pas d'ECS, mais offrent des prestations de réduction des risques plus ou moins développées selon les territoires. Cette situation s'explique en partie par l'absence de centres urbains importants dans ces territoires. **Toutefois, les besoins en matière de consommation de substances peuvent évoluer rapidement, et même de petits centres urbains pourraient nécessiter la mise en place d'ECS selon l'évolution des problématiques locales.** Il demeure donc essentiel de réfléchir au développement de la RdR dans ces régions et de renforcer les collaborations avec les cantons disposant d'ECS, afin d'assurer une réactivité appropriée et une couverture territoriale adaptée aux besoins émergents.

3.4 La complémentarité des approches: entre accessibilité et accompagnement

Les différents modèles romands révèlent non pas une opposition mais une recherche d'équilibre entre accessibilité universelle et qualité de l'accompagnement, dans un contexte distinct de celui de la Suisse alémanique. Alors que cette dernière dispose d'un réseau étendu d'ECS développé dès les années 1980 selon un modèle initialement plus strict, ce réseau alémanique, malgré son ancienneté, présente ses propres limites: certains cantons se sont retrouvés confrontés à l'émergence rapide de scènes ouvertes dans certaines villes de taille moyenne sans disposer des capacités d'accueil nécessaires ni des structures de réduction des risques adaptées. L'exemple récent de Zurich illustre également les tensions inhérentes au modèle restrictif alémanique: confrontée à une

augmentation de la consommation de crack dans l'espace public, la ville a dû ouvrir en octobre 2025 un ECS spécifiquement destiné aux non-résidents, révélant les limites d'un système d'accès fondé sur la domiciliation. De plus, plusieurs cantons alémaniques présentent encore aujourd'hui une offre lacunaire en matière d'addictions. Face à ces défis, la Suisse romande a construit son approche autour de valeurs d'universalité de l'accès, à l'image du modèle genevois, premier ECS de notre région linguistique.

L'expérience montre que l'anonymat complet peut paradoxalement renforcer l'isolement. Comme le soulignent les professionnel·le·s de terrain, connaître progressivement l'identité des personnes permet de coordonner les soins, d'assurer les suivis et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. L'enjeu n'est donc pas de choisir entre anonymat et lien individuel confidentiel, mais de permettre une progression volontaire du lien: accueil inconditionnel, construction de la confiance, puis proposition d'un accompagnement personnalisé selon le rythme de chaque personne.

4. Éclairages scientifiques sur les ECS

Les preuves sont là. Une revue de la littérature internationale – rapports de l’OMS, ONU, HCDH et EUDA, études scientifiques, évaluations en Suisse, au Canada, en Australie, en Allemagne et aux Pays-Bas – démontre sans équivoque la plus-value des ECS. Santé publique, cohésion sociale, efficacité économique, respect des droits fondamentaux: sur tous ces fronts, les ECS prouvent leur nécessité.

4.1 Arguments socio-économiques

4.1.1 Un investissement public efficace et efficient

Les ECS constituent un investissement public particulièrement rentable :

- **Efficacité prouvée à coût maîtrisé :** réduction des surdoses, diminution des nuisances publiques et amélioration de l’état de santé des usagers, avec des frais de fonctionnement modestes ;
- **Économies en cascade :** en intervenant en amont, ils réduisent drastiquement les coûts cachés supportés par la collectivité – hospitalisations d’urgence, interventions répétées des secours, complications médicales évitables, procédures judiciaires.

La balance des coûts médicaux est au global en faveur des ECS particulièrement grâce aux coûts évités associés aux passages aux urgences. L’INSERM (2021) note à ce propos: «Un nombre relativement important d’études évaluant le rapport coût-efficacité et/ou coût-bénéfice des salles de consommation a été identifié dans la littérature avec 14 articles publiés entre 2008 et 2019. La plupart de ces études concluent que cette intervention est efficiente». L’étude canadienne de référence réalisée à Insite, un ECS basé à Vancouver, a analysé le ratio coût-efficacité. Elle a établi un ratio de 6 000 dollars canadiens par année de vie gagnée – un niveau considéré comme excellent en santé publique (Bayoumi & Zaric, 2008).

4.1.2 Les ECS réduisent drastiquement les coûts du système de santé

Les ECS génèrent des économies massives pour le système hospitalier en évitant les prises en charge d'urgence coûteuses.

L'étude de 2020 de l'ECS du Vallon a montré que « le soin porté par les professionnel·le·s à la gestion des états limites » avait permis de limiter les surdoses et les appels d'urgence (Samitca et al., 2020). **Les effets économiques de cette prise en charge ont été documentés: l'étude canadienne à Insite a calculé que chaque dollar investi dans un ECS générait 7 dollars d'économies en coûts de soins de santé** (Bayoumi & Zaric, 2008): réduction des hospitalisations d'urgence, des infections nosocomiales et des coûts de traitement des maladies transmissibles. Toujours au Canada, une autre étude menée en 2022 dans un ECS à Calgary a montré que chaque surdose prise en charge par le centre avait permis de réaliser 1600 dollars d'économies en frais de santé (Khair et al., 2022).

4.1.3 Les ECS désengorgent le système judiciaire et carcéral

Les ECS allègent considérablement la pression sur les tribunaux et les prisons en réduisant la criminalité liée à la consommation publique.

En réduisant les délits liés à la consommation publique et aux nuisances associées, les ECS diminuent la pression sur le système judiciaire et pénitentiaire. **Une étude menée à New-York en 2023 a révélé une baisse significative de la répression liée aux stupéfiants, ainsi qu'une réduction de 82,7 % des arrestations pour possession de drogue à proximité des ECS** (Chalfin et al., 2023).

4.2 Arguments en termes de sécurité et de paix publiques

4.2.1 Les ECS restaurent la propreté et l'attractivité des espaces publics

Les ECS transforment radicalement l'état des espaces urbains en éliminant les traces visibles de la consommation de rue.

Les études et expertises qui ont été réalisées en Suisse à ce sujet ont mis en évidence un impact positif: les ECS «récupèrent les seringues usagées» et réduisent «l'impact des problèmes de drogue sur l'espace domiciliaire» (Zobel & Dubois-Arber, 2004). Ces dimensions ont été corroborées par d'autres études plus récentes, notamment celle de Jauffret-Roustide qui montre que la mise en place d'un ECS permettait de **diviser par 3 le nombre de seringues usagées dans l'espace public** (Jauffret-Roustide, 2023). La réduction de la consommation en espace public permettrait ainsi de diminuer les coûts de nettoyage, de désinfection et de maintenance des espaces urbains, tout en améliorant leur attractivité économique.

4.2.2 Les ECS libèrent les forces de l'ordre pour d'autres missions prioritaires

Les ECS réduisent significativement la charge de travail policier liée aux nuisances de la consommation publique, permettant un redéploiement stratégique des ressources.

Une étude menée en 2020 sur l'ECS du Vallon à Lausanne a montré que les appels à la police liés au trafic de stupéfiants n'ont pas non plus augmenté depuis l'ouverture de la structure (Samitca et al., 2020). En 2021, une autre étude menée par l'INSERM montre même que «**la situation s'est sensiblement améliorée sur les rues et dans les sanisettes qui sont situées à proximité**» après l'installation d'un ECS à Paris (INSERM, 2021). Dès lors, il devient possible de réorienter les forces de l'ordre – qui consacrent des ressources considérables à la gestion des problématiques liées à la consommation en espace public – vers d'autres priorités sécuritaires.

4.2.3 Les ECS ne créent pas d'effet d'appel d'air: un mythe démonté par la recherche

Les données scientifiques démontrent unanimement que les ECS n'attirent pas de nouveaux consommateurs ni ne déplacent les problèmes vers d'autres quartiers, contrairement aux craintes souvent exprimées.

La crainte d'un effet d'appel d'air est fréquemment avancée par les opposant·es aux ECS. Selon cet argument, ces structures attireraient des consommateur·ices venu·es d'autres régions, déplaceraient la consommation vers de nouveaux quartiers ou entraîneraient une hausse des activités illégales alentour. **Pourtant, cette hypothèse relève essentiellement d'un mythe.**

En Suisse, cette absence d'effet d'appel d'air est confirmée par plusieurs études. À Lausanne, l'étude menée au Vallon n'a observé **ni déplacement de dealers, ni attroupements d'usager·ères dans le quartier suite à l'ouverture de l'ECS** (Samitca et al., 2020). À Genève, le Service d'addictologie des HUG indique qu'«il a été démontré qu'il n'y avait pas d'augmentation du trafic de stupéfiants et de la criminalité en lien avec ces dispositifs, ni d'effets incitatifs sur la population générale» (Thorens et al., 2019). Par ailleurs, selon l'expertise de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, **«il n'y a aucune évidence que les Structures avec Local de Consommation favoriseraient de façon générale la consommation par injection ou la fréquence de celle-ci»** (Zobel & Dubois-Arber, 2004). Ces conclusions suisses rejoignent les résultats d'études de cas menées à l'international, qui n'ont pas mis en évidence d'effet d'appel d'air (ou honey pot effect en anglais) ni d'augmentation de la criminalité dans les zones concernées (Schatz & Nougier, 2012; Potier et al., 2014; Clark & Torrance, 2018; Shooter et al., 2023). Ce mythe persistant reflète néanmoins des préoccupations locales bien réelles, notamment en matière d'urbanisme, de sécurité ou de cohabitation dans l'espace public.

4.2.4 Les ECS s'inscrivent dans un urbanisme inclusif qui préserve la dignité

Les ECS bien intégrés dans le tissu urbain préservent la dignité des usagers tout en favorisant l'acceptabilité sociale du dispositif par le voisinage.

L'implantation réussie des ECS nécessite une approche spatiale qui évite la «marginalité urbaine avancée» décrite par Wacquant (2008), où la relégation en périphérie renforce la stigmatisation et l'exclusion. Les travaux d'Ola Söderström sur les géographies urbaines de la santé démontrent que l'aménagement spatial influence directement le bien-être des populations vulnérables: des espaces transitionnels bien conçus entre les ECS et l'espace public, un mobilier inclusif sans dispositifs anti-SDF, et une signalétique non-stigmatisante contribuent à préserver la dignité des usagers (Söderström et al., 2017). Cette intégration harmonieuse dans le tissu urbain permet de créer ce que DeVerteuil (2006) appelle des «géographies de la survie» positives – des espaces où les personnes marginalisées peuvent naviguer en sécurité plutôt que d'être repoussées vers des zones invisibles. Loin de dégrader l'espace urbain, les ECS bien intégrés participent ainsi à une régulation inclusive de la ville qui reconnaît le droit à l'espace public pour tous, transformant les craintes NIMBY initiales en acceptation progressive par le voisinage.

4.3 Arguments juridiques et tendances internationales

4.3.1 Respecter les principes fondamentaux du droit suisse en matière de santé

L'accès universel aux services de santé constitue un principe fondamental des systèmes de santé modernes et du droit suisse:

- L'article 12 de la Constitution fédérale garantit le droit à l'aide en cas de détresse, sans distinction de nationalité ou de statut de résidence (Constitution fédérale de la Confédération suisse, 1999). Ce principe vaut particulièrement pour les addictions, domaine où les stigmatisations sont déjà nombreuses et où l'accès aux

soins reste difficile. **Dans ce contexte, l'article 8, alinéas 1 et 2 de la Constitution fédérale revêt une importance cruciale: il établit le principe d'égalité** et interdit explicitement toute discrimination, notamment du fait de l'origine des personnes.

- **L'article 117 de la Constitution fédérale** confie à la Confédération et aux cantons la responsabilité de **veiller à ce que chacun puisse bénéficier de soins médicaux appropriés**. Cette obligation constitutionnelle s'étend aux mesures de prévention et de RdR, dont font partie les ECS.
- **Les articles 8 et 36 de la Constitution fédérale** établissent que les mesures de santé publique doivent répondre au principe de proportionnalité et **ne peuvent pas créer de discriminations injustifiées**. Restreindre l'accès aux ECS selon des critères géographiques pourrait constituer une entrave disproportionnée au droit aux soins.
- **L'article 3g de la Loi sur les stupéfiants (LStup)** établit explicitement l'obligation pour les cantons de «prendre des mesures de réduction des risques et d'aide à la survie en faveur des personnes ayant des troubles liés à l'addiction afin de prévenir ou d'atténuer la dégradation de leurs conditions médicales et sociales». Cet article précise que les cantons doivent «créer les institutions nécessaires à cet effet ou soutenir des institutions privées répondant aux critères de qualité requis». Cette disposition légale constitue le fondement juridique direct pour l'implémentation des ECS au niveau cantonal et confirme que l'accès à ces services relève d'une obligation légale, non d'une simple faculté.

La Stratégie nationale Addictions 2025-2028 confirme l'importance cruciale de l'accès aux services de réduction des risques. Elle établit que la réduction des risques vise explicitement à «fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin» tout en réduisant «les dommages sanitaires et sociaux» (OFSP, 2024). La stratégie souligne que les espaces de consommation sécurisés – incluant les centres de contact et d'accueil ainsi que les locaux de consommation – font partie intégrante de l'offre de base ayant fait ses preuves depuis leur introduction dans les années 1980.

Le rapport de l'OBSAN sur les iniquités en santé (Merçay et al., 2023) confirme l'urgence de respecter ces principes constitutionnels. L'étude révèle que **près de la moitié (46,7%) des personnes cumulant plusieurs désavantages socio-économiques renoncent à des soins pour des raisons de coûts**. Les populations vulnérables que les ECS cherchent précisément à atteindre font face à des barrières systémiques multiples.

Ces principes constitutionnels sont renforcés par les recommandations récentes de la CDCA (2024) qui affirment que « les offres de réduction des risques devraient en principe être disponibles sur l'ensemble du territoire suisse » sans que « l'accès [soit] limité en fonction de l'origine cantonale ou communale » (CDCA, 2024, Recommandations 1 et 2.2). La CDCA préconise un accès à bas seuil – gratuit, décentralisé et anonyme – avec des mécanismes de compensation financière intercantonaux, rappelant que ces offres « minimisent les coûts sociaux, sanitaires et sécuritaires » tout en désengorgeant l'espace public, ce qui démontre leur intérêt tant collectif qu'individuel. Dans le même sens, l'étude de grande envergure mandatée par la CDCA (StremLOW et al., 2023) recommande de développer des modèles de financement cantonaux et fédéraux durables, garantissant l'égalité de traitement et la gratuité. Elle souligne également l'importance d'une palette d'offres complète – incluant la réduction des risques, l'aide à la survie et l'hébergement inconditionnel – et appelle à un soutien accru de la Confédération afin d'assurer un accès équitable sur l'ensemble du territoire suisse.

4.3.2 Les instances internationales encouragent l'accès aux soins sans discrimination

Les institutions internationales appellent à un assouplissement des conditions d'accès aux soins, sans discrimination ni barrières, en particulier pour les personnes consommatrices de drogues.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les politiques d'exclusion nuisent non seulement à la santé des individus, mais exercent également une pression accrue sur les systèmes de santé et les économies nationales (OMS, 2017). Dans le même sens, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime a récemment souligné la nécessité de « **garantir le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes faisant usage de drogues dans tous les aspects des politiques sociales** », en assurant notamment « l'égalité d'accès aux services publics » et l'inclusion de ces personnes dans la couverture sanitaire universelle (ONU DC, 2023).

Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme rappelle de son côté que la mise à **disposition de services de traitement est une condition essentielle à la réalisation du droit à la santé**. Il déplore néanmoins que l'offre reste largement insuffisante au regard des besoins (HCDH, 2023).

Au niveau européen, l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (anciennement EMCDDA) identifie encore « des obstacles spécifiques à l'accès aux services de réduction des risques », tout en saluant les efforts de certains centres spécialisés qui adoptent désormais des approches visant à lever ces barrières structurelles (EUDA, 2023). Une enquête européenne menée en 2023 montre que 37 % des ECS appliquent désormais leurs critères d'admission de manière plus souple, notamment en ce qui concerne la résidence géographique (Moura et al., 2023).

4.4 Arguments de santé publique

4.4.1 Atteindre celles et ceux qui en ont le plus besoin

Les ECS sont d'autant plus efficaces qu'ils atteignent les personnes les plus vulnérables. Ces publics – souvent sans domicile, en situation administrative précaire ou exposés à des facteurs de risque multiples – sont précisément ceux qui retirent le plus grand bénéfice de ces dispositifs.

Cela rejoint les résultats d'une étude suisse portant sur les pratiques de consommation de drogues dans l'espace public: la majorité des usager·e·s, y compris celles et ceux réticents à fréquenter les ECS, envisagent cette option comme un espace de repli. Certain·e·s adaptent leurs habitudes et privilégient ces lieux pour leur sécurité et leur convivialité (Debons & Samitca, 2020). Une étude de référence menée au Canada l'a d'ailleurs démontré clairement: **les ECS permettent de toucher les populations les plus marginalisées** et les plus à risque de surdose fatale (Wood et al., 2004). Cette capacité unique justifie à elle seule l'investissement public dans ces dispositifs.

4.4.2 Faciliter l'accès aux soins

Les ECS constituent une porte d'entrée efficace vers les soins de santé et les services sociaux pour des populations marginalisées qui n'accèdent habituellement pas au système de santé traditionnel.

Les données empiriques confirment cette fonction de passerelle vers les soins. À Insite, 44 % des usager·ères ont eu accès à des soins médicaux

et 94 % à des services non médicaux sur place, avec un impact particulièrement significatif puisque 24 % des participant·es déclarent qu'ils n'auraient pas accédé à ces services sans la disponibilité du site (Bell & Globerman, 2014). Cette facilitation de l'accès aux soins s'observe également à long terme: **une étude longitudinale australienne de 2021 démontre que les ECS facilitent non seulement le traitement de la dépendance et l'accès aux services de santé, mais peuvent même conduire à l'arrêt de l'injection de drogues** chez certain·es usager·ères (Tran et al., 2021). L'INSERM (2023), s'appuyant sur de nombreuses études, confirme que les ECS permettent un accès élargi aux soins, incluant les soins somatiques, psychiques et l'accompagnement social. Cette approche globale est essentielle pour des populations qui font face à de multiples barrières dans l'accès aux services de santé conventionnels.

4.4.3 Maîtriser la propagation des infections graves

Les ECS jouent un rôle crucial dans la prévention de la transmission des maladies infectieuses en fournissant du matériel stérile, en enseignant les bonnes pratiques d'injection et en offrant un environnement propre et contrôlé.

L'importance de cette fonction préventive est critique puisque plus de 21% des consommations dans les centres d'accueil à bas seuil sont réalisées par injection (Wollschläger, 2019). **L'efficacité des ECS dans la réduction de la transmission du VIH et de l'hépatite C est particulièrement bien documentée.** Une étude de l'Inserm sur la cohorte Cosinus montre une diminution de 90 % du risque de partage de matériel entre les personnes ayant accès aux SCMR et celles ayant accès à d'autres structures de réduction des risques, un facteur crucial alors que 64 % des usagers restent séropositifs à l'hépatite C (Lalanne et al., 2023). L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne confirme que les structures avec local de consommation contribuent significativement à la réduction des comportements à risque pour ces maladies infectieuses (Zobel & Dubois-Arber, 2004).

Cette tendance se vérifie internationalement. En Espagne, le nombre de nouvelles infections au VIH chez les clients des ECS a chuté de 19,9 % en 2004 à 8,2 % en 2008 (Schatz & Nougier, 2012). Différentes expertises confirment cette réduction significative des pratiques d'injection à risque, que ce soit dans des études scientifiques internationales (Wood et al.,

2004) ou dans les rapports du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2024b). Comme le souligne la sociologue Marie Jauffret-Roustide, « l'idée des salles de consommation à moindre risque s'inscrit dans une politique publique de réduction des risques visant à réduire la transmission du virus liée à l'usage de drogues par injection » (Jauffret-Roustide, 2016).

4.4.4 Plus d'un tiers de mortalité par surdose en moins

Les ECS réduisent drastiquement la mortalité par surdose grâce à la présence immédiate de personnel formé, d'équipement de réanimation et d'un accès direct aux services d'urgence.

L'efficacité de cette intervention rapide est démontrée par plusieurs études majeures. L'évaluation de l'ECS du Vallon en 2020 a conclu à « **l'absence d'overdoses graves** » durant toute la période-test, illustrant l'impact direct de la supervision médicale (Samitca et al., 2020). Cette tendance est confirmée à grande échelle par une méta-analyse de 2014 portant sur 75 études, qui a établi que les ECS réduisaient significativement les comportements à risque et la mortalité par surdose (Potier et al., 2014).

L'impact sur la mortalité est particulièrement frappant: l'étude d'Insite, l'ECS de Vancouver, a démontré une **réduction de 35 % de la mortalité par surdose** dans le quartier environnant le site (Marshall et al., 2011). Ces résultats soulignent que les ECS ne protègent pas seulement leurs usagers directs, mais ont un effet protecteur qui s'étend à l'ensemble de la communauté environnante.

4.5 Arguments d'équité et de justice sociale

4.5.1 Ouvrir les ECS à certaines populations est une question d'urgence

Les ECS représentent souvent le seul espace sécurisé pour certaines populations vulnérables. Imposer des critères géographiques pour l'accueil à bas seuil accentue les discriminations envers ces profils déjà fragiles, compromettant leur accès aux soins et augmentant les risques sanitaires.

Les femmes constituent une part significative du public des ECS, représentant près de 20 % des usages selon des études suisses et européennes (Guggenbühl & Bonvin, 2023; Schäffer et al., 2024), voire « environ un quart » selon l'étude d'Unisanté sur l'ECS du Vallon (Debons & Samitca, 2020). **Cette population subit des violences spécifiques et présente des taux plus élevés de comorbidités** avec d'autres troubles de santé mentale, notamment l'anxiété, la dépression et le stress post-traumatique, nécessitant un accès inconditionnel à ces espaces protégés.

Les **personnes migrantes, avec ou sans papiers, représentent une autre population à risque, consommant parfois dans des conditions particulièrement dangereuses** (Michel, 2018). L'étude d'Unisanté documente cette vulnérabilité extrême en décrivant des « personnes d'origine étrangère » qui « n'ont accès à aucune aide financière » (Debons & Samitca, 2020). **L'Observatoire suisse de la santé révèle que 27 % des migrants de première génération renoncent à se faire soigner** (OBSAN, 2020), ce qui conduit à une gravité accrue des symptômes chez les patients en situation irrégulière et une augmentation des hospitalisations (Kisa, 2024). Les restrictions d'accès aux ECS aggraveraient ces inégalités et conduiraient surtout à une augmentation des hospitalisations d'urgence, plus coûteuses et moins efficaces que la prévention. L'accessibilité universelle devient alors essentielle pour développer des services véritablement adaptés aux besoins de ces populations.

Cette accessibilité ne doit cependant pas invisibiliser les individualités. Pour les populations les plus vulnérables, la construction progressive d'une relation de confiance permet d'agir concrètement sur les déterminants sociaux de la santé. Comme le souligne Jauffret-Roustide (2016), les salles de consommation peuvent constituer « un espace de réhabilitation sociale et personnelle » permettant aux personnes de « reprendre confiance en soi » à travers l'établissement de liens avec les intervenant·e·s sociosanitaires. Les expériences de terrain montrent qu'il est possible de maintenir un accès inconditionnel tout en proposant – sans l'imposer – un accompagnement personnalisé basé sur l'identification volontaire. **Ce lien thérapeutique constitue souvent le premier pas vers la sortie de la marginalisation**, confirmant ce que Bioy et Bachelart (2010) identifient comme le cœur de l'alliance thérapeutique: « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés » – objectifs qui, dans le contexte des ECS, incluent la réinsertion sociale et le renforcement de la dignité.

4.5.2 Les ECS répondent à l'attractivité naturelle des centres urbains

Les grandes villes attirent naturellement des populations diverses, incluant des personnes consommatrices de substances: les ECS ne créent pas cette attractivité, ils y répondent pragmatiquement.

Les centres urbains comme Genève et Lausanne constituent des pôles d'attraction économique, touristique et sociale qui drainent quotidiennement des populations variées: travailleurs frontaliers, touristes, personnes en transit, populations précarisées des régions avoisinantes. Comme le soulignent Galea et Vlahov (2005), l'urbanisation représente l'un des changements démographiques les plus importants de notre époque, créant des contextes où la consommation de substances devient plus visible et concentrée. **Ce n'est pas la présence d'un ECS qui attire les consommateurs non-résidents, mais la dynamique urbaine elle-même** – opportunités économiques, réseaux sociaux, accessibilité des services, anonymat ou confidentialité.

Face à cette réalité, deux options s'offrent aux autorités: ignorer la présence de consommateurs non-résidents et les laisser consommer dans l'espace public, ou adopter une approche pragmatique en offrant un cadre sécurisé à toutes les personnes présentes sur le territoire, quel que soit leur statut. **Dans des villes cosmopolites accueillant des millions de visiteurs annuels et des dizaines de nationalités différentes, instaurer des restrictions d'accès aux services de santé selon l'origine géographique constitue une discrimination territoriale contraire au principe constitutionnel d'égalité de traitement. Cette approche sélective s'avère non seulement juridiquement problématique mais également contre-productive**: les personnes exclues se retrouvent dans la rue, augmentant les nuisances et la charge de travail des forces de l'ordre. L'accès universel aux ECS constitue ainsi une réponse à la fois rationnelle à la réalité des flux urbains contemporains et conforme aux exigences constitutionnelles de non-discrimination.

5. Recommandations pratiques

La littérature met en évidence des enjeux d'accessibilité qui méritent attention. **Malgré les bénéfices documentés, diverses barrières – géographiques, réglementaires, sociales et institutionnelles – continuent de limiter l'accès pour certaines populations.** Ces contraintes soulèvent des questions importantes concernant l'équité et la couverture optimale de ces services. À la lumière des données probantes et face aux défis émergents (crack, précarité croissante, épidémie d'hépatite C persistante), nous formulons des recommandations pour renforcer l'efficacité de la réduction des risques en Suisse romande.

5.1 Préserver les modèles d'accueil universels et développer une approche intégrée

Les modèles de Genève et Lausanne montrent qu'un accès universel fonctionne sans effet d'appel d'air. Nous recommandons de :

- **Maintenir l'accessibilité universelle** dans les ECS urbains existants qui ont fait leurs preuves ;
- **Adapter les services aux besoins spécifiques** des femmes (25% des usagers avec des violences et comorbidités particulières) et des personnes migrantes (27% renoncent aux soins) ;
- **Renforcer l'écosystème social** car les ECS seuls ne suffisent pas : structures d'hébergement d'urgence, aide alimentaire, insertion socioprofessionnelle ;
- **Développer des modèles flexibles d'identification** : accueil initial sans barrières, puis proposition d'inscription volontaire pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé, en reconnaissant l'importance de la création du lien sociothérapeutique ;
- **Intensifier le dépistage et l'orientation** vers le traitement de l'hépatite C (64% de séropositifs) et du VIH.

5.2 Intégrer la réduction des risques dans l'aménagement urbain

Pour ancrer durablement les dispositifs dans l'espace urbain et préserver la dignité des usagers :

- **Éviter la relégation spatiale** en implantant les ECS dans des zones accessibles et connectées au tissu urbain, car l'isolement en périphérie pousse les usagers vers des lieux de consommation inadaptés et dangereux (toilettes publiques, halls d'immeuble, parkings)
- **Aménager des espaces transitionnels** entre les structures et l'espace public (parvis, zones tampons) permettant une dispersion progressive sans concentration visible ;
- **Appliquer les principes d'urbanisme inclusif** : mobilier sans dispositifs anti-SDF, fontaines accessibles, toilettes publiques gratuites, signalétique non-stigmatisante ;
- **Créer des « espaces de tolérance »** reconnus dans la planification urbaine, permettant une coexistence apaisée entre différentes populations sans répression systématique ni conflits ;
- **Associer urbanistes et architectes** dès la conception des projets pour garantir l'intégration harmonieuse et digne des dispositifs dans le tissu urbain.

5.3 Documenter, évaluer et communiquer

Pour garantir l'efficacité et l'acceptabilité des dispositifs :

- **Financer des évaluations continues** avec indicateurs mesurables : réduction du partage de matériel (objectif -90% comme documenté), mortalité par surdose, accès aux traitements ;
- **Établir une veille épidémiologique** pour anticiper les tendances et adapter rapidement les services ;
- **Communiquer proactivement** auprès du voisinage et du grand public avec des données concrètes sur les bénéfices collectifs des ECS.

5.4 Établir une gouvernance intercantonale réactive

Face à la mobilité des populations et aux évolutions rapides des consommations, nous recommandons de :

- **Créer des protocoles d'intervention coordonnés** avec mécanismes de financement d'urgence pour répondre rapidement aux nouvelles substances;
- **Formaliser les collaborations** entre structures d'addictologie, forces de police, services sociaux et sanitaires des différents cantons;
- **Développer un concordat intercantonal romand sur les addictions**, qui assure un accès adapté aux prestations de réduction des risques, clarifie les compétences de chaque canton en matière de pilotage et de financement, et garantit la continuité des soins pour les personnes en situation de mobilité géographique entre les cantons signataires.

Ces recommandations visent une politique de réduction des risques capable de répondre aux crises actuelles tout en respectant les spécificités territoriales, alliant dispositifs urbains et locaux dans une approche coordonnée au service des populations les plus vulnérables.

6. Références

- Agence de l'Union européenne sur les drogues. (2023). *Joint report by the emcdda and C-EHRN - Drug consumption rooms*. https://www.euda.europa.eu/publications/technical-reports/2023/drug-consumption-rooms_en
- Bayoumi, A. M., & Zaric, G. S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Canadian Medical Association Journal*, 179(11), 1143–1151. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080808>
- Bell, S., & Globberman, J. (2014). *What is the effectiveness of supervised injection services?* Ontario HIV Treatment Network. <https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-83-supervised-injection/>
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives psy*, 49(4), 317–326.
- Caulkins, J. P., Pardo, B., & Kilmer, B. (2019). Supervised consumption sites: A nuanced assessment of the causal evidence. *Addiction*, 114(8), 1400–1409. <https://doi.org/10.1111/add.14747>
- CDCA (2024). *Recommandations de la CDCA pour renforcer la réduction des risques en Suisse*. Berne: Conférence des délégués cantonaux aux problèmes des addictions. Adoptées en plénière CDCA le 12 décembre 2024 et en plénière CDAS le 16 mai 2025. Disponible sur: https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/12b46733/53af/4eb4/8bc1/9d21b2c7db46/Recommandations_de_la_CDCA_pour_renforcer_la_lyrTRDN.pdf
- Chalfin A., Del Pozo B., Mitre-Becerril D. (2023), *Overdose Prevention Centers, Crime, and Disorder in New York City*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37955901/>
- Clark, J., & Torrance, J. (2018, septembre). *Drug Consumption Room: Could the provision of a drug consumption room bring significant benefit in reducing drug related deaths and other community harms in Bristol (Feasibility study)*. Transform Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/assets/files/PDFs/Bristol-Supervised-Drug-Consumption-Facilities-feasibility-study-2.pdf>
- Constitution fédérale de la Confédération suisse. (1999). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/fr>
- Debons, J., & Samitca, S. (2020). *Etude qualitative sur les pratiques de consommation des usagers de drogues dans l'espace public lausannois* (Raisons de santé 314). Unisanté/UNIL. <http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/314>

- DeVerteuil, G. (2006). The local state and homeless shelters: Beyond revanchism? *Cities*, 23(2), 109-120.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2005). Drug use, misuse, and the urban environment. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 127-136. <https://doi.org/10.1080/09595230500102509>
- Guggenbühl, T., & Bonvin, B. (2023). *Evaluation du dispositif drug checking dans le canton de Vaud*. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Addictions/Eval_DC_rapport_final_BASS_TC_12oct2023_Valide.pdf
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2023). Enjeux en matière de droits de l'homme de la mobilisation et de la lutte contre le problème mondial de la drogue sous tous ses aspects. <https://digitallibrary.un.org/record/4020040?v=pdf>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2024a). *Consommation de drogues, réduction des risques et droit à la santé* (GE.24-06996). Conseil des droits de l'homme, cinquante-sixième session. Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/ahrc5652-drug-use-harm-reduction-and-right-health-report-special>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (2024b). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible – La réduction des risques pour une paix et un développement durables (A/79/177). Nations Unies. <https://www.ohchr.org/fr/documents/thematic-reports/a79177-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>
- Infodrog. (2022). *Lignes directrices pour les centres d'accueil bas seuil* (3ème version révisée). https://www.infodrog.ch/files/content/schadensminderung_fr/infodrog_lignes-directrices-centres-accueil-bas-seuil_fr_2022.pdf
- INSERM. (2021). Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-rapportsalleconsomoin-drerisque-mai2021.pdf>
- International Network of People who Use Drugs, *The Vancouver Declaration*. <https://inpu.net/vancouver-declaration/>
- Irwin, A., Jozaghi, E., Weir, B. W., Allen, S. T., Lindsay, A., & Sherman, S. G. (2017). Mitigating the heroin crisis in Baltimore, MD, USA: A cost-benefit analysis of a hypothetical supervised injection facility. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0153-2>

- Jauffret-Roustide, M. (2016). Les salles de consommation à moindre risque – Apprendre à vivre avec les drogues. https://www.researchgate.net/publication/310327444_Les_salles_de_consommation_a_moins_risque_Apprendre_a_vivre_avec_les_drogues
- Jauffret-Roustide, M. (2023), Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, abscesses and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort. https://academic.oup.com/ije/article/52/2/562/6606118?login=false&utm_source=chatgpt.com
- Khair S., Eastwood C.A., Lu M., Jackson J. (2022), Supervised consumption site enables cost savings by avoiding emergency services: a cost analysis study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35346223/>
- Kisa, S., & Kisa, A. (2024). Emergency department visits and hospitalization costs of irregular patients: Implications for health policy. *Health Policy*, 141, 104995. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.104995>
- Lalanne, L., Roux, P., Donadille, C., Briand Madrid, L., Célerier, I., Chauvin, C., Hamelin, N., Kervran, C., Maradan, G., Auriacombe, M., Jauffret-Roustide, M., & the COSINUS study group. (2023). Drug Consumption Rooms are effective to reduce at-risk practices associated to HIV/HCV infections among People who inject drugs. Results from the COSINUS cohort study. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.16320>
- Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429–1437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7)
- Merçay, C., Fasel, N., & Taczanowski, M. (2023). Iniquités dans les expériences des soins en Suisse. Éclairages tirés de l'International Health Policy Survey 2020 (Obsan Rapport 08/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Michel, A. (2018). Représentations et comportements des migrants sans papiers en matière d'accès et de recours aux services de santé. Université de Genève.
- Moura, J., Perez Gayo, R., Darragh, L., Jeziorska, I., Schiffer, K., & ENDCR Members. (2023). *Drug Consumption Rooms in Europe*. https://correlation-net.org/wp-content/uploads/2024/07/2023_DCR-Census.pdf
- Office des Nations unies contre la drogue et le crime. (2023). *Position commune du système des nations unies*. https://www.unodc.org/res/un-common-position-drugs/index_html/2315371F-eBook.pdf

- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2024). *Plan de mesures 2025-2028 de la Stratégie nationale Addictions*. Berne: OFSP. Disponible sur: <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/f15cf62a-5a06-4a21-88e1-8b3621cfd8fc.pdf>
- OMS. (2017). *Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins – Déclaration conjointe des Nations Unies*. <https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>
- Potier, C., Laprèvote, 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. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012>
- Samitca, S., Stadelmann, S., & Linder, A. (2020). *Evaluation de l'espace de consommation sécurisé de Lausanne (ECS) – projet pilote de trois ans*. Rapport final. https://arodes.hes-so.ch/record/12385/files/Samitca_2021_evaluation_de_l_espace_de_consommation_securise.pdf
- Schäffer, D., Stöver, H. J., & Weichert, L. (2024). Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges. https://www.researchgate.net/publication/268814517_Drug_consumption_rooms_in_Europe_Models_best_practice_and_challenges
- Schatz, E., & Nougier, M. (2012). *Salles de consommation à moindre risque: les preuves et la pratique*. International Drug Policy Consortium. <https://reductiondesrisques.be/wp/wp-content/uploads/2013/03/idpc-briefing-paper-drug-consumption-rooms-fr-Eberhard-Schatz-Marie-Nougier.pdf>
- StremLOW, J.; Eder, M.; Knecht, D.; Wyss, S. (2023). Les bases du pilotage (inter-) cantonal de l'aide psychosociale et sociopédagogique dans le domaine des addictions. Rapport final. Haute école spécialisée de Lucerne – Travail social, Lucerne. https://ch-sodk.s3.amazonaws.com/media/files/53194543/fbee/457e/994f/07be63bd5508/2023.11_CDCA_HSLU_rapport_final_FR_publication.pdf
- Shorter, G., McKenna-Plumley, P., Campbell, K. B. D., Keemink, J. R., Scher, B. D., Cutter, S., Khadjesari, Z., Stevens, A., Artenie, A., Vickerman, P., Boland, P., Miller, N. M., & Campbell, A. (2023). *Overdose prevention centres, safe consumption sites, and drug consumption rooms: A rapid evidence review*. *Drug Science*. <https://www.researchgate.net/publication/378342376>
- Söderström, O., et al. (2017). Unpacking 'the City': An experience-based approach to the role of urban living in psychosis. *Health & Place*, 45, 152-159.

- Thorens, G., Annoni Manghi, R., Calzada, G., Müller, M., & Zullino, D. (2019). Réduction des risques concernant les opiacés: une piste à explorer. https://www.researchgate.net/publication/335887875_Reduction_des_risques_concernant_les_opiaces_une_piste_a_explorer
- Tran, V., Reid, S. E., Roxburgh, A., & Day, C. A. (2021). Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 Year) Impacts on Community and Clients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12099. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8604650/>
- Wacquant, L. (2008). *Urban Outcasts: A Comparative Sociology of Advanced Marginality*. Cambridge: Polity Press.
- Wollschläger, M. (2019). *Monitoring de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil*. Rapport annuel. ValueQuest GmbH. <https://www.reiso.org/actualites/fil-de-l-actu/5375-consommation-de-substances-dans-les-centres-d-accueil-bas-seuil>
- Wood, E., Kerr, T., Small, W., Li, K., Marsh, D. C., Montaner, J. S. G., & Tyndall, M. W. (2004). Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*, 171(7), 731-734. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040774>
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004). 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. https://www.infodrog.ch/files/content/schadensmin-derung_fr/iumsp_expertise_slc_2004_f.pdf