



# PERSPECTIVES SUR LES DROGUES

## Salles de consommation de drogues: un aperçu de l'offre et des réalités

Les salles de consommation de drogues à moindre risque dans lesquelles des drogues illicites peuvent être consommées sous la supervision de personnel qualifié, existent en Europe depuis une trentaine d'années. Ces infrastructures ont comme objectifs premiers la réduction des principaux risques de transmission de maladies induits par des injections en conditions d'hygiène précaires; la prévention des décès liés à l'usage de drogues (par surdose); et la mise en relation des usagers de drogues les plus à risque avec les services de soins et de prise en charge en addictologie ou d'autres structures sanitaires et sociales.

Elles ont également pour vocation de contribuer à réduire l'usage de drogues dans les lieux publics et la présence de seringues usagées ainsi que d'autres troubles liés à la consommation de drogues dans les espaces publics. Les salles de consommation de drogues offrent généralement à leurs usagers du matériel d'injection stérile; un conseil avant, pendant et après la consommation de drogue; une intervention d'urgence en cas de surdose; des soins de premiers secours ainsi qu'une orientation vers des structures appropriées en matière de prise en charge médicosociale et de traitement de l'addiction.

En réponse à l'émergence et à la propagation rapide du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/sida), imputables à l'injection d'héroïne et d'autres drogues dans les années 1980, une série d'initiatives axées sur la réduction des risques sanitaires associés à l'injection de drogues et à d'autres formes de consommation à haut risque ont été mises en œuvre en Europe. Ces initiatives prévoient notamment des interventions sur le terrain, l'éducation par les pairs, la promotion de la santé, la fourniture de matériel d'injection stérile et un accès aux traitements de substitution aux opiacés. Alors que cette politique de prévention des risques commençait à être acceptée et s'est étendue à toute l'Europe au cours des années 1990, une des mesures a suscité la polémique: la mise à disposition au plan local, dans des centres spécialisés, d'espaces destinés à la consommation de drogues à moindre risque. Des préoccupations ont parfois été exprimées concernant le fait que ces salles de consommation pourraient inciter à l'usage de drogues, retarder l'entrée dans





un processus de traitement ou aggraver les problèmes de trafics illicites localement. Des initiatives visant à l'ouverture de salles de consommation de drogues ont ainsi été contrecarrées dans certains cas par l'intervention du pouvoir politique (Jauffret-Roustide et al., 2013). Quoi qu'il en soit, à l'heure où le débat sur l'ouverture de nouvelles salles de consommation de drogues demeure un thème prioritaire dans l'agenda politique de plusieurs pays d'Europe, la présente analyse vise à fournir un aperçu objectif des caractéristiques propres à ces structures, de leur offre actuelle ainsi que de l'efficacité de leur intervention.

Les salles de consommation de drogues sont des structures de soins de santé encadrées par du personnel qualifié, qui permettent aux usagers de drogues de consommer dans des conditions plus sûres. Elles visent à attirer des populations toxicomanes difficiles à atteindre, en particulier des groupes marginalisés et des individus consommant des drogues dans les espaces publics ou dans des situations de risque et de manque d'hygiène. L'un de leurs principaux objectifs est de réduire la morbidité et la mortalité en fournissant aux usagers un cadre sûr ainsi que des conditions de consommation plus hygiéniques, et en les éduquant à une consommation limitant les risques. En même temps, elles ont pour objectif de diminuer la consommation de drogues dans les espaces publics et d'améliorer l'encadrement public dans les zones situées aux abords des lieux de vente de drogue dans l'espace urbain. Un autre objectif consiste à promouvoir l'accès à des infrastructures d'action sociale, de santé et de traitement de la toxicomanie (voir «Mode des services»).

À l'origine, les salles de consommation de drogues ont été mises en place afin de répondre à des problèmes de santé ou d'ordre public liés à la consommation de drogue dans les espaces publics et des lieux de vente dans des villes où il existait déjà un réseau de services spécialisés, mais où les interventions étaient difficiles. En tant que telles, elles constituent donc une réponse « locale », en lien étroit avec les choix politiques des parties prenantes, sur la base d'une évaluation des besoins locaux déterminée par des options municipales ou régionales. Les installations destinées à la consommation de drogues à moindre risque se trouvent

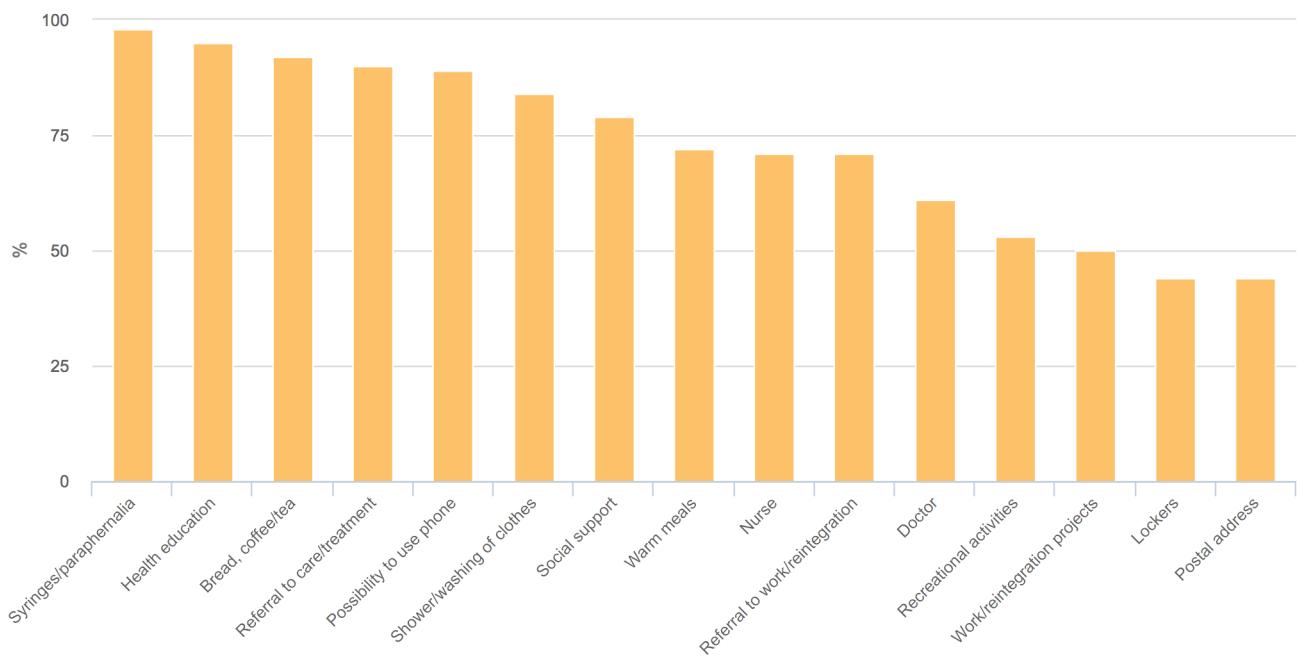
## Faits et chiffres

Figure: emplacement et nombre de salles de consommation de drogues en Europe



généralement dans des environnements confrontés à des nuisances résultant de la consommation dans des lieux publics, elles sont conçues pour répondre aux besoins de sous-groupes d'usagers ne disposant que de possibilités limitées d'injection dans des conditions d'hygiène acceptables (à savoir des sans-abri ou des personnes vivant dans des logements précaires ou des refuges). Dans certains cas, des usagers plus insérés au plan social utilisent également les salles de consommation pour des raisons diverses, par exemple parce qu'ils vivent avec un conjoint ou une famille qui ne consomment pas de drogues (Hedrich et Hartnoll, 2015).

Historiquement, la première salle de consommation de drogues supervisée a ouvert ses portes en Suisse, plus précisément à Berne, en juin 1986. D'autres pays ont entrepris la même démarche dans les années qui ont suivi : l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, la Norvège, le Luxembourg, le Danemark et la Grèce en 2014. Soixante-quatorze salles de consommation de drogues au total sont actuellement opérationnelles dans six pays transmettant des données à l'EMCDDA, à la suite de la fermeture de l'unique salle de Grèce. Par ailleurs, la Suisse en compte également 12 (voir «Faits et chiffres»). Plus précisément, au mois de février 2016, on dénombre : 31 salles dans 25 villes néerlandaises ; 24 dans 15 villes allemandes ; 12 dans trois villes espagnoles ; une en Norvège ; et une au Luxembourg (la Norvège et le Luxembourg se préparent tous deux à ouvrir une deuxième

**Figure 1: Éventail de services offerts par les salles de consommation de drogues**

Source : basé sur le Tableau 6.1 de la référence Woods, 2014

structure en 2016); cinq dans trois villes danoises ; et 12 dans huit villes suisses. En janvier 2016, en France, une loi a autorisé l'expérimentation de salles de consommation de drogues pour une durée de six ans et des structures devraient s'ouvrir au cours du deuxième semestre 2016. En Slovénie, une modification apportée au code pénal a également créé un environnement propice à l'ouverture de salles de consommation de drogues supervisées; à la suite d'un appel d'offres, le ministère de la santé a choisi une organisation non gouvernementale à Ljubljana pour mettre en œuvre un projet pilote. Au-delà des frontières européennes, on trouve deux structures à Vancouver (Canada) et un centre d'injection sous supervision médicale à Sydney (Australie).

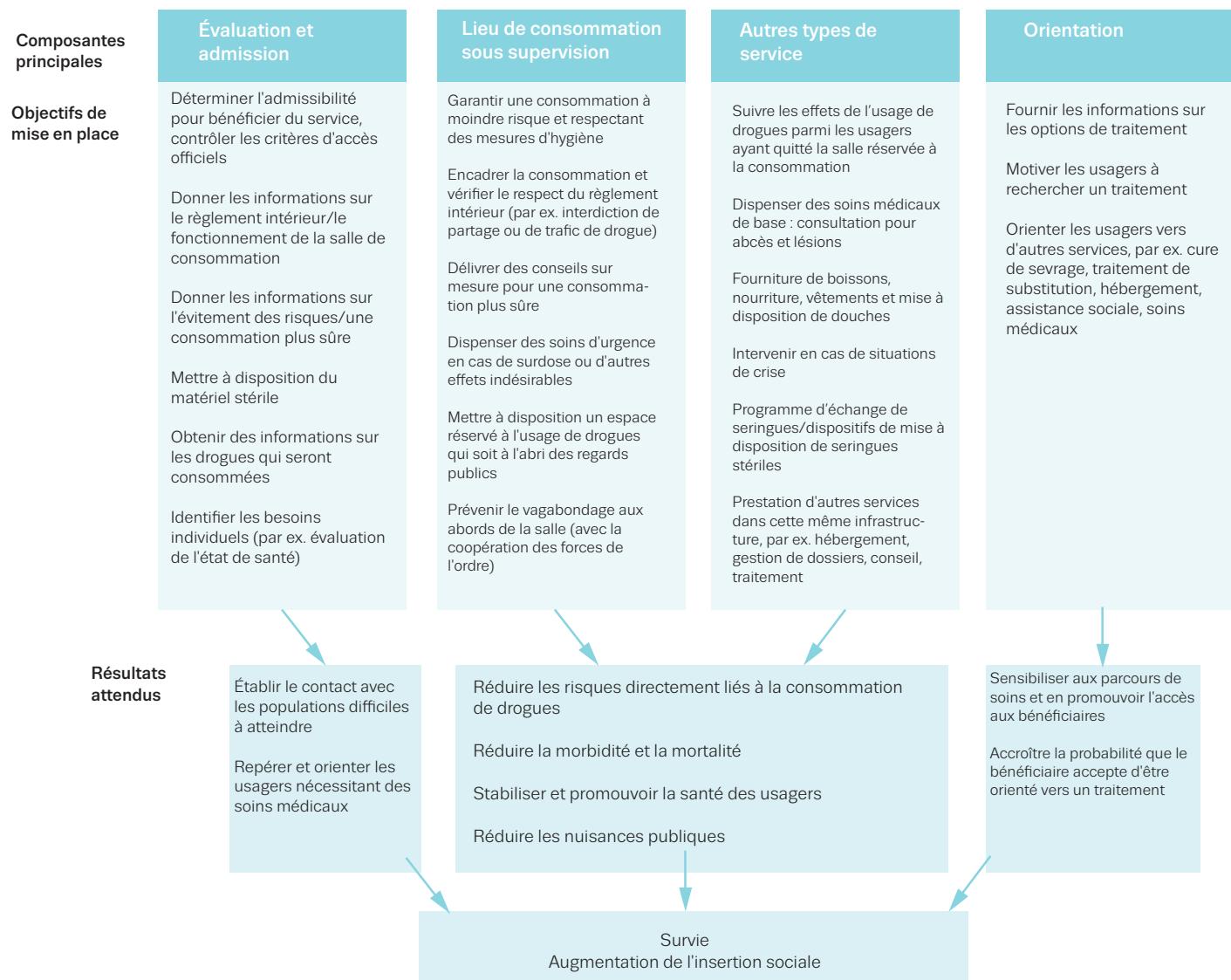
En Europe, on distingue globalement trois modèles de salles de consommation de drogues : intégré, spécialisé et mobile. La grande majorité des salles de consommation de drogues sont intégrées à des structures à bas seuil d'exigences. Dans ce modèle, la supervision de la consommation ne constitue que l'un des nombreux services fournis, par ailleurs proposés dans les mêmes lieux, comme le don de nourriture, la mise à disposition de douches et de vêtements pour les personnes qui vivent dans la rue, de matériel de prévention, y compris de préservatifs et de conteneurs pour seringues usagées, des conseils et un traitement ad hoc. Les salles de consommation spécialisées se limitent à une offre de services en lien direct avec la consommation supervisée : elles proposent du matériel d'injection stérile, des conseils en matière de santé et de sécurité lors de la consommation, une intervention médicale en cas d'urgence et un espace où les usagers peuvent rester sous observation après avoir consommé leur drogue. Il existe actuellement des structures mobiles à Barcelone et à Berlin, celles-ci déplacent leurs services avec souplesse sur le plan géographique, mais ne permettent généralement pas d'accueillir autant d'usagers que les structures fixes (Schäffer et al., 2014).

## Caractéristiques

La majorité des salles de consommation de drogues présentent plusieurs caractéristiques similaires, indépendamment de leur lieu d'implantation. Par exemple, l'accès à ces locaux est généralement limité aux usagers enregistrés, et des critères tels qu'un âge minimal et un lieu de résidence sont imposés. Si ces salles fonctionnent habituellement dans des sites distincts rattachés à des structures en place à destination des usagers de drogues ou des sans-abri, certaines sont des unités indépendantes. La plupart des structures s'adressent aux usagers qui pratiquent l'injection, même si de plus en plus de salles s'ouvrent à des consommateurs qui inhalent ou fument des drogues.

Une analyse, récemment publiée, sur 62 salles de consommation de drogues établies dans sept pays d'Europe (Woods, 2014) fait apparaître qu'elles fournissent un large éventail de services auxiliaires. De 60 à 70 % des structures offrent un accès aux soins primaires, prodigués par un infirmier ou un médecin en plus de la distribution de matériel d'injection stérile, de la délivrance de conseils d'éducation

## Types de services d'une structure de consommation de drogues supervisée



sanitaire et de l'orientation des usagers vers un traitement et d'autres soins (voir figure 1).

D'après une enquête menée auprès de 33 responsables de salles de consommation<sup>(1)</sup> (Woods, 2014), ces structures comptent en moyenne sept places pour l'injection sous supervision (entre une et 13) et quatre pour les usagers qui fument ou inhalent leurs drogues. Plus de la moitié d'entre elles fournissent leurs services au quotidien, à raison d'une ouverture de huit heures par jour en moyenne. Le taux de fréquentation quotidien varie considérablement d'un jour à l'autre - de 20 à 400 personnes – avec six de ces 33 salles

accueillant plus de 200 visiteurs par jour. Les structures de soins et de prise en charge en addictologie ainsi que les forces de l'ordre sont les principaux acteurs orientant les usagers vers ces salles.

### Constat d'efficacité

La Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas ont été les premiers pays à créer des salles de consommation de drogues, afin de répondre aux problèmes sanitaires et aux troubles de l'ordre public résultant de la consommation dans les espaces

<sup>(1)</sup> Structures néerlandaises non comprises.

publics. Bien qu'elles aient été créées et soutenues par diverses parties prenantes locales, ces salles furent ouvertes à titre expérimental et ont parfois suscité la polémique. Les fournisseurs locaux de services, les autorités compétentes en soins de santé et la police ont suivi de près la situation avant et après l'ouverture des salles et ont déterminé de manière circonstanciée si les effets escomptés avaient été atteints. Les conclusions ont été communiquées directement aux décideurs politiques locaux et parfois nationaux, mais les données ont rarement été publiées dans la littérature internationale. Ces résultats sont restés relativement inaccessibles pour la communauté de recherche internationale jusqu'à la publication d'analyses en langue anglaise ([supervisedinjection.vch.ca](http://supervisedinjection.vch.ca)).

L'efficacité des structures de consommation de drogues en matière de prise de contact et de maintien de ce contact avec des populations cibles fortement marginalisées a été évaluée dans une abondante documentation (Lloyd-Smith et al., 2009), tout en contribuant à l'amélioration de la santé et de l'ordre public.

Les travaux de recherche ont également démontré l'existence d'un lien entre la fréquentation d'une salle de consommation de drogues et la réduction déclarée par les usagers des comportements à risques liés à l'injection, comme l'échange de seringues. Cette fréquentation réduit les comportements à risque en matière de transmission du VIH et de mortalité par surdose (par ex. Kimber et al., 2010). Ceci s'explique en partie par le fait que les structures n'atteignent qu'une partie limitée de leur population cible et en partie par le fait que la méthodologie ne permet pas d'attribuer cet impact spécifiquement aux salles d'injection parmi les différents dispositifs existants.

Des données fournies par des études écologiques portent à croire que, moyennant une couverture géographique appropriée, les salles de consommation de drogues peuvent contribuer à la réduction des décès liés à l'usage de drogues à l'échelle d'une ville (Salmon et al., 2010).

En outre, la fréquentation d'une salle de consommation est associée à un accroissement du nombre d'entrées dans un parcours de soins contre la dépendance aux drogues, et une hausse des demandes de traitement de substitution aux opiacés. Ainsi, l'étude de cohorte réalisée au Canada a mis en évidence le lien entre la fréquentation de la salle de Vancouver et l'augmentation des pourcentages d'usagers orientés vers des centres de traitement de l'addiction, la hausse des demandes de traitements de sevrage et le maintien sous méthadone des patients (DeBeck et al., 2011).

Les études d'évaluation ont révélé un impact globalement positif sur les communautés dans lesquelles ces structures

## Vidéo: salles de consommation de drogues



Vidéo: salles de consommation de drogues:  
[www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms)

sont implantées. Cependant, comme dans le cadre des programmes d'échange de seringues, la consultation des acteurs locaux clés est essentielle pour réduire au minimum la résistance de la collectivité ou des réactions policières contre-productives. Les centres de soins aux usagers de drogues ayant ouvert une salle de consommation à moindre risque ont généralement été acceptés par les communautés et entreprises locales (Vecino et al., 2013).

L'impact de la salle d'injection supervisée de Sydney sur les taux de criminalité dans son voisinage (en matière de violation de la propriété privée et de crime violent) a été analysé au moyen de séries chronologiques des vols et intrusions signalés à la police. (Wood et al., 2006).

Dans des régions où l'on a recensé une augmentation de l'usage de drogues inhalées comme le crack ou la cocaine, les salles de consommation, à l'origine dédiées exclusivement aux usagers pratiquant l'injection, ont commencé à élargir leurs services pour superviser également ce type de consommations. Les résultats obtenus indiquent que les salles d'inhalation supervisée peuvent potentiellement réduire les troubles de l'ordre public et les confrontations avec la police (DeBeck et al., 2011). Cette évolution de l'offre de services s'inscrit dans le cadre d'une diminution de la prévalence de l'injection d'héroïne et de l'élargissement de l'accès aux traitements de substitution aux opiacés. Face à cette situation, certaines structures ont adapté leur offre de services aux besoins des populations urbaines consommatrices de crack.

Il est donc possible de conclure que les salles de consommation de drogues à moindre risque peuvent améliorer les conditions de sécurité et d'hygiène lors de l'usage de drogue, en particulier chez les personnes qui les fréquentent régulièrement, qu'elles augmentent le recours aux services sociaux-sanitaires, et réduisent non seulement

la consommation de drogues dans les espaces publics mais aussi les nuisances qui en résultent. Il n'existe aucune donnée portant à croire que la disponibilité des salles d'injection plus sûres augmente l'usage de drogues ou la fréquence des injections. Ces services ont davantage tendance à faciliter qu'à retarder l'entrée en traitement et n'entraînent pas d'augmentation locale du taux de criminalité liée à la drogue.

## Conclusion

Les structures de consommation de drogues ont la capacité de nouer et de maintenir des relations avec des populations d'usagers de drogues à haut risque qui ne sont pas prêts ou désireux de renoncer à leur consommation. Dans un certain nombre de pays d'Europe, la consommation supervisée fait désormais partie intégrante des structures à bas seuil d'exigence proposées au sein des systèmes de soins en matière de toxicomanie. En Suisse et en Espagne, certaines salles de consommation de drogues ont été fermées, essentiellement en raison d'une baisse du nombre de consommateurs d'héroïne par injection et d'une diminution du besoin de tels services, mais aussi, dans certains cas, pour des raisons liées aux coûts. En Grèce, la structure a suspendu ses activités au bout de neuf mois en raison de retards dans la mise en place d'une base légale et le fournisseur de services coopère avec le ministre de la santé pour préparer sa réouverture. Aux Pays-Bas, des restrictions budgétaires ont été imposées suite à une réduction du nombre de personnes fréquentant le lieu, résultant de la réussite d'un autre programme (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) qui a conduit les sans-abri vers des hébergements (supervisés) où la consommation de drogues est souvent permise. Aux Pays-

Bas, des salles de consommation d'alcool, qui sont souvent situées dans le même immeuble, mais dans des locaux séparés, sont de plus en plus souvent combinées avec des structures de consommation de drogue (Netherlands Reitox Focal Point, 2014).

L'émergence de nouvelles formes d'injection de stimulants, notamment de nouvelles substances psychoactives, a entraîné des risques potentiellement plus élevés pour les usagers de drogues. Dans ce contexte, les salles de consommation de drogues font actuellement l'objet de discussions politiques dans certains pays européens où des débats concernant leur mise en place sont en cours. En tant que structures de bas seuil les salles de consommation de drogues sont en première ligne dans l'accueil de populations au fort comportement à risque, et sont souvent parmi les premières informées des nouveaux comportements en matière d'usage de drogues. Elles ont dès lors un rôle à jouer dans l'identification précoce des tendances nouvelles et émergentes.

## Références

- DeBeck, K., Kerr, T., Bird, L., et al. (2011), 'Injection drug use cessation and use of North America's first medically supervised safer injecting facility', *Drug and Alcohol Dependence* 15 January, 113(2–3), pp. 172–6.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004), *European report on drug consumption rooms*, Thematic Paper, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg ([www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_2944\\_EN\\_consumption\\_rooms\\_report.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf))
- Freeman, K., Jones, C. G., Weatherburn, D. J., et al. (2005), 'The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime', *Drug and Alcohol Review* March, 24(2), pp. 173–84.
- Hedrich, D. and Hartnoll, R. (2015), 'Harm reduction interventions', in El-Guebaly, N., Carrà, G. and Galanter, M. (eds), *Textbook of addiction treatment: international perspectives*, Section IV: main elements of a systems approach to addiction treatment, Springer, Milan, pp. 1291–313.
- Hedrich, D., Kerr, T. and Dubois-Arber, F. (2010), 'Drug consumption facilities in Europe and beyond', in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 305–31 ([www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_157300\\_EN\\_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_157300_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf))
- Jauffret-Roustide, M., Pedrono, G. and Beltzer, N. (2013), 'Supervised consumption rooms: the French paradox', *International Journal of Drug Policy* 24, pp: 628–30.
- Kimber, J., MacDonald, M., van Beek, I., et al. (2003), 'The Sydney Medically Supervised Injecting Centre: client characteristics and predictors of frequent attendance during the first 12 months of operation', *Journal of Drug Issues* 33, pp. 639–48.
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S., et al. (2010), 'Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness', in Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 10, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 115–63.
- Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., et al. (2009), 'Determinants of cutaneous injection-related infection care at a supervised injecting facility', *Annals of Epidemiology* 19(6), pp. 404–9.
- Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S. and 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* 23 April, 377(9775), pp. 1429–37.
- Milloy, M. J. and Wood, E. (2009), 'Emerging role of supervised injecting facilities in human immunodeficiency virus prevention', *Addiction* 104(4), pp. 620–1.
- Netherlands Reitox Focal Point (2014), *The Netherlands drug situation 2014: report to the EMCDDA by the Reitox national focal point*, Trimbos Institute, Utrecht.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. and Schreckenberg, D. (2003), 'Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland', Nr 149, *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit*, Baden-Baden.
- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O. and Rolland, B. (2014), 'Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review', *Drug and Alcohol Dependence* 145, pp. 48–68.

- | Salmon, A. M., Thein, H. H., Kimber, J., Kaldor, J. M. and Maher, L. (2007), 'Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre?' *International Journal of Drug Policy* 18(1), pp. 46–53.
- | Salmon, A. M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J. and Maher, L. (2010), 'The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia', *Addiction* 105, pp. 676–83.
- | Schäffer, D., Stöver, H., Schatz E. and Weichert, L. (2014), *Drug consumption rooms in Europe: models, best practice and challenges*, European Harm Reduction Network, Amsterdam.
- | Small, W., Wood, E., Lloyd-Smith, E., Tyndall, M. and Kerr, T. (2008), 'Accessing care for injection-related infections through a medically supervised injecting facility: a qualitative study', *Drug and Alcohol Dependence* 98(1–2), pp. 159–62.
- | Small, W., Van Borek, N., Fairbairn, N., Wood, E. and Kerr, T. (2009), 'Access to health and social services for IDU: the impact of a medically supervised injection facility', *Drug and Alcohol Review* 28(4), pp. 341–6.
- | Stoltz, J. A., Wood, E., Small, W., et al. (2007), 'Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility', *Journal of Public Health (Oxford)* 29(1), pp. 35–9.
- | Thein, H.-H., Kimber, J., Maher, L., MacDonald, M. and Kaldor, J. M. (2005), 'Public opinion towards supervised injecting centres and the Sydney Medically Supervised Injecting Centre', *International Journal of Drug Policy* 16(4), pp. 275–80.
- | Urban Health Research Initiative (UHRI) (2010), 'Insight into Insite', UHRI, Vancouver ([www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insight\\_into\\_insite.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/publications/insight_into_insite.pdf))
- | Vecino, C., Villalbí, J. R., Guitart, A., et al. (2013), [Safe injection rooms and police crackdowns in areas with heavy drug dealing: evaluation by counting discarded syringes collected from the public space] (in Spanish), *Addiciones* 25(4), pp. 333–8 ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217502](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217502)).
- | Wood, E., Kerr, T., Small, W., et al. (2004), 'Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users', *Canadian Medical Association Journal* 28 September, 171(7), pp. 731–4.
- | Wood, E., Tyndall, M. W., Lai, C., Montaner, J. S. G. and Kerr, T. (2006), 'Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime', *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 4, pp. 1–4.
- | Wood, E., Tyndall, M. W., Zhang, R., Montaner, J. S. and Kerr, T. (2007), 'Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users', *Addiction* 102(6), pp. 916–19.
- | Woods, S. (2014), *Organisational overview of dug consumption rooms in Europe*, European Harm Reduction Network – Regenboog Groep, Amsterdam ([www.eurohrn.eu/index.php/drug-consumption-rooms](http://www.eurohrn.eu/index.php/drug-consumption-rooms)).

#### À lire aussi

- | MSIC Sydney: [www.sydneymsic.com](http://www.sydneymsic.com)  
MSIC Evaluation Committee (2003), *Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*, University of New South Wales, Sydney ([www.sydneymsic.com/index.php/background-info - MSIC-Evaluation](http://www.sydneymsic.com/index.php/background-info - MSIC-Evaluation)).  
Factsheet: [www.sydneymsic.com/images/resources/images/ttffactsheetsjuly2013.pdf](http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/ttffactsheetsjuly2013.pdf)
- | SIS Vancouver: [supervisedinjection.vch.ca](http://supervisedinjection.vch.ca)  
Urban Health Research Initiative (UHRI) (no date), Insight to Insite (<http://uhri.cfenet.ubc.ca/content/view/57/92/>).