

En quoi les salles de consommation à moindre risque peuvent-elles devenir un modèle d'entreprise sociale ? De par l'analyse des impacts générés

Auteur : Delourmel, Bastien

Promoteur(s) : Mertens de Wilmars, Sybille

Faculté : HEC-Ecole de gestion de l'Université de Liège

Diplôme : Master en sciences de gestion, à finalité spécialisée en management des entreprises sociales et durables

Année académique : 2019-2020

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/10583>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

EN QUOI LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE PEUVENT-ELLES DEVENIR UN MODÈLE D'ENTREPRISE SOCIALE ? DE PAR L'ANALYSE DES IMPACTS GÉNÉRÉS

Jury :
Promoteur :
Sybille MERTENS
Lecteur(s) :
Charlotte MOREAU
Michel BOVING

Mémoire présenté par
Bastien DELOURMEL
En vue de l'obtention du diplôme de
Master en Sciences de gestion, à
à finalité spécialisée en Management
des entreprises sociales et durables
Année académique 2019/2020

REMERCIEMENTS

Il me paraît important de remercier toutes les personnes qui ont contribué à la bonne réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Tout d'abord, je tiens à adresser toute ma gratitude envers ma promotrice, Madame Mertens, qui a accepté de m'accorder son temps, son aide et son accompagnement lors de la rédaction de ce mémoire.

De même, je remercie mes lecteurs, Madame Moreau et Monsieur Boving, pour le temps consacré à la lecture et à l'évaluation de ce travail.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont accepté de me partager leurs connaissances pour la rédaction de cette étude. Je pense notamment à Dominique Delhauteur (Coordinateur général de la Fondation privée TADAM), Serge Longère (Directeur Général de l'association Première Ligne à Genève), ainsi qu'à Manon Reynders (Gestionnaire de projet à l'Observatoire Liégeois des Drogues).

Mes remerciements vont également à mes parents, Laurence et Bertrand Delourmel, pour leur soutien, leur accompagnement tout au long de mon parcours académique et, dans ce cadre-ci, pour la correction de ce mémoire. De même, je saisirai cette occasion pour remercier mon compagnon, Jérôme Bernard, pour ses encouragements, ses recommandations et son soutien permanent, ainsi que Claire Ladam pour avoir pris le temps de corriger ce mémoire et apporté de précieux conseils.

Enfin, j'aimerais remercier toutes les personnes que j'ai rencontré durant mon parcours académique à Liège.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. MISE EN PERSPECTIVE THÉORIQUE.....	3
A. Entreprise d'Économie Sociale	3
B. En quoi l'impact social répond-il à une stratégie?.....	5
C. Les méthodes d'évaluation de l'impact social	10
D. La complexité de l'évaluation de l'impact social	18
E. Application à la question de recherche	20
II. LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE	23
A. Quid des SCMR?	23
B. La situation relative aux drogues en Belgique	24
C. Quid du développement des SCMR en Belgique?	25
D. Qu'en est-il de la situation à Liège?.....	26
III. LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE DE LA VILLE DE LIÈGE .	29
A. Les bénéficiaires de la SCMR de Liège.....	29
B. Analyse de la Structure de la SCMR de Liège.....	32
C. Les coûts et bénéfices de la SCMR pour la société.....	43
IV. LES PRATIQUES INSPIRANTES DES PAYS ÉTRANGERS.....	61
A. Les différents modèles existants	61
B. Pratiques de SCMR dans le monde.....	62
V. POSSIBILITÉS D'ADAPTATION DU SYSTÈME EN BELGIQUE.....	67
CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	I
TABLE DES ANNEXES	LIII

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACB	Analyse Coût Bénéfice
BFR	Besoin en Fonds de Roulement
CIS	Centre d'Injection Supervisé
CWES	Conseil Wallon de l'Économie Sociale
EES	Entreprise de l'Économie Sociale
ETP	Équivalent Temps Plein
HROU	High-Risk Opioid Users (<i>utilisateurs d'opiacés à haut risque</i>)
IRIS	Impact Reporting and Investment Standards
MSIC	Medically Supervised Injecting Centre (<i>équivalent d'une SCMR</i>)
OES	Observatoire de l'Économie Social
RDR	Réduction Des Risques
SAW-B	Solidarité des Alternatives Wallonnes-Bruxelloises
SCMR	Salle de Consommation à Moindre Risque
SIS	Supervised Injecting Site (<i>équivalent d'une SCMR</i>)
SPF	Service Public Fédéral
SROI	Social Return On Investment (<i>retour social sur investissement</i>)
UDI	Usagers de Drogues Injecteurs
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

INTRODUCTION

Liège étant proche de Maastricht, fait de cette ville, depuis de nombreuses années un regroupement pour les toxicomanes. Nous dénombrons environ 300 usagers, qui consomment en rue, régulièrement ou occasionnellement. Souvent, les consommateurs ne respectent pas les règles sanitaires, provoquant de nombreuses maladies comme le VIH, l'hépatite C, la tuberculose, etc¹. Ainsi, afin de traiter la toxicomanie à Liège, de nombreuses pistes ont été explorées pour réduire les risques et mettre en place des soins/traitements destinés aux consommateurs. De là, naît en 2018, une SCMR à Liège.

Une “Salle de Consommation à Moindre Risque” (SCMR) est un local supervisé par une équipe médicalisée. C'est en Suisse que la première salle a vu le jour. Dans le reste du monde, nous trouvons 11 autres pays qui ont démocratisé “les salles de shoot” dont la France et le Luxembourg. En Belgique, il en existe actuellement qu'une seule, elle se situe en province de Liège. Deux autres ouvriront prochainement², dans la province du Brabant et dans la province du Hainaut. Cependant, dans la région flamande, malgré l'intérêt porté par la ville de Gand pour l'ouverture d'une SCMR, les forces politiques flamandes³ sont moins favorables à l'ouverture de « salles de shoot » qu'en région wallonne ou bruxelloise.

Les entreprises de l'économie sociale ont souvent recours à la mesure de leur impact dans l'environnement qui les entoure. Ainsi, nous souhaitons montrer la légitimité d'une SCMR dans le 3ème secteur, en s'intéressant davantage sur les impacts qu'elle peut générer dans la Ville de Liège.

Pour ce faire, nous aurons recours à des principes théoriques. La chaîne de résultat, utilisée pour la méthode d'explication du changement, nous permettra d'établir une relation entre les intrants, les activités, les extrants et les résultats de la SCMR⁴, tandis que le cadre logique, employé dans

¹ X., “Immersion dans le Liège des toxicomanes”, *La Libre*, 2013 disponible sur <https://dossiers.lalibre.be/toxicomanie-a-liege/>

² X., “La loi interdit toujours les salles de shoot”, *Le Soir*, 14 avril 2019, disponible sur <https://plus.lesoir.be/218551/article/2019-04-15/la-loi-interdit-toujours-les-salles-de-shoot>

³ X., “Salle de shoot le lobbying liégeois se heurte aux réticences flamandes”, *Le Soir*, 06 avril 2018, disponible sur <https://plus.lesoir.be/149576/article/2018-04-06/salles-de-shoot-le-lobbying-liegeois-se-heurte-aux-reticences-flamandes>

⁴ UNICEF, 2014, « Théorie du changement », Évaluation d'impact n°2, Notes méthodologiques, p. 17.

la méthode des indicateurs nous aidera à caractériser le suivi et l'évaluation⁵. Ainsi, avec la méthode ACB, analyse coût-bénéfice, nous aborderons la pertinence économique de la salle⁶. De plus, nous analyserons d'autres salles dans le monde ayant en moyenne 21 ans d'expériences. Notamment en Suisse, au Canada, en Australie et en Allemagne, afin de proposer de nouvelles activités génératrices d'impacts.

De ce fait, la question de recherche se basera sur l'analyse de la situation actuelle de la SCMR de Liège et de d'autres salles présentes dans le monde. Nous comparerons les différents modèles pour proposer des recommandations, des suggestions d'activités ayant un impact plus important. Ce qui nous permettra de prouver la légitimité de la SCMR de Liège, dans le 3ème secteur de par, notamment, les impacts générés.

⁵ SAW-B. (2014). Évaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

⁶ (Im)prove & Fondation Rexel. (2018). *L'analyse coûts bénéfices - Des initiatives à impact sociétal*, p. 54., disponible sur <https://www.avise.org/ressources/lanalyse-couts-benefices-des-initiatives-a-impact-societal>

I. MISE EN PERSPECTIVE THÉORIQUE

A. Entreprise d'Économie Sociale

C'est en 1990 que la notion d'entreprise sociale a fait son apparition. Ce concept est né en réponse à des besoins sociaux insuffisamment satisfaits ou non satisfaits, par des services publics ou des entreprises à but lucratif⁷.

En effet, le contexte général, des années 80 et 90, a entraîné les acteurs sociaux (tels que les travailleurs sociaux, et les militants associatifs) dans une situation où les programmes de politique publique n'étaient pas adéquats pour lutter contre l'exclusion de certains groupes (tels que les chômeurs de longue durée, les personnes peu qualifiées, les personnes ayant des problèmes sociaux du travail), expliquent Defourny, J. et Nyssens, M. (2010).

De cette ambiance, de nouvelles dynamiques entrepreneuriales ont fait surface dans le troisième secteur, afin de répondre aux besoins de la société. En effet, dans l'Acte pour le marché unique européen II⁸, le développement de l'entrepreneuriat social est présenté comme un des quatre leviers principaux pour stimuler la croissance en Europe. D'après l'Observatoire de l'Économie Sociale⁹, en fin 2018 l'économie sociale comptabilisait 11.434 entreprises employeuses, avec 160.642 emplois, fournissant ainsi 12% de l'emploi total en Wallonie et en Région de Bruxelles-Capitale. De plus, le taux de croissance pour l'économie sociale est stable depuis 2016. Et suit la trajectoire de l'économie classique (privé - hors ES et public) d'après l'OES (2018).

Les entreprises sociales innovent sur le plan social, favorisent l'inclusion et renforcent la confiance. Par le fait, les chercheurs considèrent le troisième secteur comme un rassemblement de coopératives, d'associations, de mutuelles et de plus en plus de fondations, qualifiées d'« économie sociale» dans certains pays européens¹⁰.

⁷ Defourny, J., & Nyssens, M. (2010). Social Enterprise in Europe: At the crossroads of market, public policies and third sector. In *Policy and Society* (Vol. 29, Issue 3, pp. 231–242). <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2010.07.002>

⁸ CE (2012). « L'Acte pour le marché unique II. Ensemble pour une nouvelle croissance », Communication de la Commission au Parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions, Bruxelles, octobre.

⁹ OES, 2018, « États des lieux de l'économie sociale 2017-18 », p. 20.

¹⁰ Scott, D. (2005). Adalbert Evers and Jean-Louis Laville (eds.), *The Third Sector in Europe*, Edward Elgar, Cheltenham, UK. In *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* (Vol. 16, Issue 2, pp. 203 à 214).

A vrai dire, en Belgique, le Conseil Wallon de l'Économie Sociale (le CWES) définit les entreprises de l'économie sociale comme «*les activités économiques productrices de biens ou de services, exercées par des sociétés, principalement coopératives et/ou à finalité sociale, des associations, des mutuelles ou des fondations, dont l'éthique se traduit par les principes suivants : une finalité de service à la collectivité ou aux membres, plutôt que finalité de profit; une autonomie de gestion; une gestion démocratique et participative; et une primauté des personnes et du travail sur le capital dans la répartition des revenus*

Cette définition a été reprise dans le décret wallon du 20 novembre 2008 et dans l'ordonnance bruxelloise du 26 avril 2012.¹¹

Ainsi, les entreprises sociales ont été reconnues comme alternatives aux entreprises capitalistes, et cela sans dépendre de leur statut juridique (associations sanitaires et sociales ou humanitaires, fondations, coopératives, mutuelles d'assurances ou entreprises d'insertion)¹². Ces organismes n'ont pas un objectif de lucre, mais de créer de la valeur sociale, en vérité, leur performance ne se juge pas à l'aune de leurs résultats financiers, mais au travers de leur impact social¹³. En effet, l'entreprise sociale est une initiative privée qui se fonde sur un modèle économique viable pour répondre à un besoin social et/ou environnemental¹⁴. Malgré tout, d'après Scholten et al. (2013), l'entreprise sociale doit générer un impact économique, ainsi qu'un impact social ou environnemental positif¹⁵.

Or il existe une demande de plus en plus pressante, envers les organisations, émanant des financeurs publics et privés, de mesurer leur impact. Ainsi, ces organismes mettent en œuvre de manière proactive des méthodologies de mesure de leur impact social. La mesure de son impact social constitue à la fois un moyen de promouvoir son projet vis-à-vis des parties prenantes externes et un marqueur identitaire fort, qui engagent son avenir¹⁶.

¹¹ CESE Wallonie. (2008). *Le Conseil économique, social et environnemental de Wallonie*. [www.cesewallonie.be](http://www.cesewallonie.be/?page=detail-2&alias=Conseil-wallon-de-lEconomie-sociale-CWES).

¹² CE (2012). « L'Acte pour le marché unique II. Ensemble pour une nouvelle croissance », Communication de la Commission au Parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions, Bruxelles, octobre

¹³ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale : Recma* (Issue 331, p. 76).

¹⁴ Stievenart E., Bellue C., Dasnoy J. (2013). *Petit précis de l'évaluation de l'impact social*, p. 15.

¹⁵ Scholten, P., Harling, A.-M., & Hehenberger, L. (2013). *A practical guide to measuring and managing impact*.

¹⁶ Eynaud, P., & Mourey, D. (2015). Apports et limites de la production du chiffre dans l'entreprise sociale. Une étude de cas autour de la mesure de l'impact social. In *Revue française de gestion* (Vol. 41, Issue 247, pp. 85 à 100).

B. En quoi l'impact social répond-il à une stratégie ?

1. Qu'est-ce que l'impact social ?

L'impact social est l'ensemble des changements sociaux durables, réalisés par un programme ou une organisation qui impacterait les bénéficiaires directs ou indirects que ce soit sur l'environnement ou la société en général. Il s'agit donc, non seulement de définir des indicateurs de consommation de ressources (input), de réalisations (output), de spécifier des relations d'efficience et d'efficacité entre eux mais également de mesurer des indicateurs de résultats (outcome)^{17 18}. Ainsi, l'évaluation de l'impact est un processus visant à comprendre, mesurer ou valoriser les effets, négatifs ou positifs, générés par une entreprise sociale sur ses parties prenantes¹⁹, qui peut être induit par une action de développement, directement ou non, intentionnellement ou non²⁰. Ce qui ramène à la définition de Stievenart, E. et Pache, A.-C. (2014), celle d'un effet, un résultat, un changement, ou encore une externalité. Il peut concerner des individus ou la société dans son ensemble. Il peut prendre aussi la forme plus restrictive : celle des résultats qui n'auraient pas eu lieu sans une intervention donnée.

Enfin, ceci nous amène à examiner en profondeur les activités de l'entreprise sociale, tout en se posant la question suivante : “quelles sont leurs conséquences et pour qui ?”, en ne se limitant pas à la seule dimension économique, ainsi on cherche aussi à dépasser la description et la comptabilisation d'activités menées.

2. Les enjeux de l'impact social

Si l'on se réfère aux recherches de Gibbon, J. et Dey, C. (2011)²¹, l'objectif de l'évaluation sociale et de la mesure de l'impact dans le troisième secteur est de comprendre (en termes sociaux, environnementaux et économiques) quelles différences les activités d'une organisation font pour le monde et de communiquer cette valeur à l'organisation elle-même et à ses parties prenantes.

¹⁷ Armstrong K. (2006). Social enterprise impact assessment project: A literature review, Vancouver: Enterprising Non Profits.

¹⁸ Gibbon, J., & Dey, C. (2011). Developments in Social Impact Measurement in the Third Sector: Scaling Up or Dumbing Down? In *Social and Environmental Accountability Journal* (Vol. 31, Issue 1, pp. 63 à 72).

¹⁹ Wiesel, M., Myrseth, K. O. R. & Scholtens, B. (2017). Social Preferences and socially Responsible Investing : a Survey of US investors, Working paper, University of St Andrews.

²⁰ OCDE. (2002). « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats », www.oecd.org/

²¹ Gibbon, J., & Dey, C. (2011). Developments in Social Impact Measurement in the Third Sector: Scaling Up or Dumbing Down? In *Social and Environmental Accountability Journal* (Vol. 31, Issue 1, pp. 63–72).

En effet, les parties prenantes d'une organisation jouent un rôle essentiel dans la mesure de l'impact social. Son évaluation profite à l'organisme lui-même mais aussi aux autres parties prenantes. Ainsi, la formulation "Prove and Improve"²² et le Mouvement des entreprises sociales²³ distinguent deux enjeux dans la mesure de l'impact social, celui de convaincre les parties prenantes, mais aussi d'accompagner l'amélioration des pratiques afin de maximiser l'efficacité et l'impact généré par l'organisation.

❖ Convaincre les parties prenantes

Comme stipulé, d'après les propos de Stievenart, E. et Pache, A.-C. (2014), la mesure de l'impact social intéresse les parties prenantes, notamment les fondations (qui veulent allouer leurs dons aux programmes les plus efficaces), les entreprises (qui souhaitent s'engager dans des alliances à fort impact social), les pouvoirs publics (qui doivent justifier leurs dépenses dans un contexte budgétaire contraint), et les investisseurs (qui ont besoin de données solides sur le modèle de ce qui existe en matière de performance financière). Arvidson, M. et Lyon, F. (2013)²⁴ dénombrent trois types de réponses observées à la demande de mesure de l'impact social : la conformité, la résistance et la promotion. La conformité aux directives des financeurs implique l'acceptation et l'internalisation des nouvelles normes. La résistance signifie à terme le rejet de cette demande. Ceci est sans doute possible lorsque l'organisation est indépendante financièrement et/ou dispose d'un contrôle sur les ressources qui lui sont nécessaires pour mener son projet. La troisième réponse est plus nuancée car elle se manifeste d'abord par une résistance puis par une acceptation à se conformer à la demande de mesure d'impact social.

❖ Principe d'amélioration

D'après Perret, B. (2008)²⁵, les acteurs publics étaient les premiers intéressés par l'évaluation des politiques publiques afin d'améliorer les conditions de vie des bénéficiaires d'actions mises en place. Prenons l'exemple des États-Unis dans les années 60, les évaluations sont effectuées avec la réalisation d'évaluations randomisées de programmes publics. Au niveau international, le Programme des Nations unies pour le développement, l'OCDE ou la Commission

²² "Prove and Improve" signifiant "prouver et améliorer" est une formulation utilisée en Grand-Bretagne par des réseaux de la philanthropie et de l'entrepreneuriat social.

²³ Mouves. (2012). *L'efficacité économique au service de l'intérêt général, le livre blanc des entrepreneurs sociaux*, Rue de l'Echiquier.

²⁴ Arvidson M., Lyon F. (2013). Social impact measurement and non-profit organisations: compliance, resistance, and promotion, VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, April.

²⁵ Perret B. (2008). L'évaluation des politiques publiques, coll. « Repères », La Découverte, p. 128.

européenne, ont joué un rôle important pour l'émergence, la formalisation et la diffusion de l'évaluation d'actions permettant le développement²⁶.

Leurs évaluations répondaient à différents types d'attentes : aide à la décision, compte rendu, management, médiation, apprentissage, etc.

De plus, la mesure de l'impact social peut aussi être utilisée en interne, afin de susciter une réflexivité collective sur l'action conjointe et favoriser le développement de la performance opérationnelle.²⁷ Ainsi, l'évaluation constitue un outil d'échange avec ses partenaires (aide à rendre compte des progrès aux personnes dont la confiance dans votre organisation est essentielle), mais aussi de mieux appréhender les changements sociaux réalisés par ses activités, d'améliorer ses pratiques, d'accompagner la prise de décision, etc. C'est donc un moyen nous permettant de piloter l'activité et de la rendre plus efficace²⁸.

Enfin, le Mouves (2012) stipule, également, que les entreprises sociales « *sont plus que jamais prêtes à développer un langage de la preuve, à progresser et à rechercher l'exemplarité, seul moyen de convaincre durablement de leur pertinence* »²⁹.

En résumé, Stievenart, E. et Pache, A.-C. (2014), Wiesel, M. et al., (2013) ainsi que Fortin, A. et al., (2018)³⁰ partagent les données discutées plus haut. Il existe différents bénéfices et défis à mesurer son impact social. Ces sources proviennent de différents milieux (social, philanthropique, universitaire, corporatif, gouvernemental) :

- Rend l'organisation plus crédible dû au fait qu'elle prouve la pertinence de ses actions.
- Améliore la compréhension sur les nécessités des acteurs visés de l'écosystème. Tout en sachant que cela nous permettra d'éclairer et de maximiser les effets produits sur les bénéficiaires ou sur la société dans son ensemble.
- Assure de l'atteinte de la mission, pouvant aider à suivre la stratégie de l'organisation, et ainsi piloter son activité en s'engageant dans une démarche d'amélioration.

²⁶ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*. p. 80.

²⁷ Eynaud, P., & Mourey, D. (2015). Apports et limites de la production du chiffre dans l'entreprise sociale. Une étude de cas autour de la mesure de l'impact social. Une étude de cas autour de la mesure de l'impact social. In *Revue française de gestion* (Vol. 41, Issue 247, pp. 85 à 100).

²⁸ Stievenart E., Bellue C., Dasnoy J. (2013). *Petit précis de l'évaluation de l'impact social*, p. 15.

²⁹ Mouves. (2012). L'efficacité économique au service de l'intérêt général, *le livre blanc des entrepreneurs sociaux*, Rue de l'Echiquier, p. 94.

³⁰ Fortin, A., Dancause, L., & Lemire, N. (2018). Guide pratique sur l'impact, p. 202.

- Aide à une meilleure gestion des ressources et des dépenses. Ainsi, nous pouvons contrôler la bonne utilisation des fonds nous permettant de rendre compte aux parties prenantes.
- Permet d’instaurer une nouvelle forme de dialogue avec ses partenaires, ainsi les parties prenantes se sentent plus impliquées, qu’elles soient internes ou externes à l’organisation, et peut valoriser le travail de certaines personnes.
- Facilite la communication des activités/programmes mené.es et rend plus visibles et plus lisibles les actions pilotées.
- Enfin, la mesure de l’impact social peut être un critère de décision stratégique, car il permet d’être transparent et de justifier l’utilisation de leur “investissement social”.

De plus, divers défis peuvent aussi compléter les avantages d’une mesure d’impact. Premièrement, réaliser une telle démarche d’évaluation avec des limites de temps et de moyens amènera à prioriser certaines informations par rapport à d’autres. Deuxièmement, il reste complexe de mesurer l’impact social d’une organisation, il est possible d’être influencé par des facteurs qui ne sont pas contrôlables. Puis, il n’est pas rare de rencontrer des problèmes concernant un jugement objectif, il peut être difficile d’adopter une attitude réflexive et critique.

Par ailleurs, la mesure de l’impact peut se faire à la suite d’une demande d’un conseil d’administration (pour s’assurer de l’atteinte de la mission sociale), d’une décision de la direction (afin de posséder des données pour améliorer ses actions) ou à la demande de financeurs pour s’assurer de la bonne utilisation de leur fonds. Cependant, pour évaluer son impact social il n’existe pas de référentiel partagé. L’absence de normes peut résulter du problème d’identification, de la mesure, de la valorisation des changements individuels et sociaux générés par une entreprise sociale. Comme l’expliquent Stievenart, E. et Pache, A.-C. (2014), “ceux-ci sont par nature hétérogènes, la plupart du temps non monétaires, intangibles et influencés par de multiples facteurs, parfois indépendants de l’entreprise sociale”³¹. De manière à faire face à ces difficultés, une multitude d’outils et de méthodes ont été développés.

Finalement, une mesure d’impact social peut avoir différents objectifs, nous voulons la mesurer pour l’apprentissage, l’action ou la recevabilité.³²

³¹ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l’impact social d’une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l’économie sociale : Recma*. p. 79.

³² Fortin, A., Dancause, L., & Lemire, N. (2018). Guide pratique sur l’impact, p. 202.

Dans ce mémoire, nous mesurerons l'impact social pour l'apprentissage, afin de comprendre la performance de l'organisation et ne pas se baser sur des intuitions.

C. Les méthodes d'évaluation de l'impact social

1. Méthodes d'explication du changement

a) La théorie du changement

D'après le groupe d'experts Entrepreneurat social, les entreprises sociales devraient se référer à la “théorie du changement” afin de décrire leurs impacts³³. En effet, la théorie du changement est utile pour identifier des données qu'il est indispensable de recueillir, de définir comment les analyser, et permet de posséder un cadre de restitution des résultats de l'évaluation³⁴.

La Saw-B (2014) définit la théorie du changement comme étant “*un plan de changement social qui va de la formulation des hypothèses à la définition des objectifs à long terme*”. Ainsi, la théorie du changement, d'après le rapport de l'UNICEF (2014), énonce les activités d'une organisation réalisant un ensemble de résultats qui permettent la production d'impact sociaux. De même, il sert de socle à l'évaluation des progrès accomplis en direction des objectifs visés³⁵. D'après l'UNICEF (2014), et Mayne (2017)³⁶, le concept “théorie du changement”, illustre comment et pourquoi on s'attend à ce qu'une intervention contribue à l'atteinte des effets escomptés. Les différents auteurs démontrent aussi que la théorie du changement aide à la conception et la planification des interventions afin d'identifier la situation existante (besoins et opportunités). Nous trouvons aussi la gestion des interventions afin d'identifier les différents indicateurs faisant l'objet d'un suivi et d'expliquer ceci aux parties prenantes. Puis, il existe l'évaluation des interventions pour identifier des questions d'évaluations spécifiques, variables pertinentes (pour la collecte de données) et les effets directs (pouvant servir à mesurer la réussite, des facteurs contextuels potentiellement pertinents).

On dénombre différentes façons d'élaborer et de représenter une théorie du changement.

La théorie du changement peut représenter une chaîne de résultats (allant des intrants vers les produits, les réalisations et les impacts) ou un modèle logique (sous forme de matrice).

³³ Alix, N. (2015). Mesure de l'impact social, mesure du « consentement à investir ». *Revue internationale de l'économie sociale*, (335), 111–116.

³⁴ UNICEF. (2014). « Théorie du changement », Évaluation d'impact n°2, Notes méthodologiques, p. 17.

³⁵ OCDE. (2008). « Théories du changement », revue de l'OCDE sur le développement, n°9, pp. 95 à 103.

³⁶ Mayne, J. (2017), “Théories du changement : comment élaborer des modèles utiles”. Canadian Journal of Program Evaluation, 32(2), 174-201, p. 28.

b) Le modèle logique ou la chaîne de résultats

Il existe une confusion entre la réalisation d'un "modèle logique" et d'un "cadre logique".

Un modèle logique est une illustration visuelle des ressources, des activités et des résultats attendus d'un programme nous permettant d'évaluer la pertinence des actions d'une organisation. Alors qu'un cadre logique est une matrice nous aidant à évaluer l'efficacité d'une activité, d'un programme, d'une organisation, tout en appliquant des indicateurs afin de réaliser un suivi et une évaluation des activités³⁷.

Ainsi, le modèle logique nous permet de comprendre le cheminement causal entre les activités et les résultats depuis les effets, les plus proximus jusqu'aux impacts, et les hypothèses causales qui montrent pourquoi et dans quelles conditions les liens causaux sont supposés fonctionner à court, moyen et long terme³⁸. En effet, « *le fait de préciser les mécanismes de causalité transforme un modèle logique en une théorie du changement* »³⁹.

Afin de nourrir une théorie du changement et ainsi la rendre crédible, il est intéressant d'organiser des groupes de discussion avec des parties prenantes, réaliser des interviews auprès des bénéficiaires ou étudier des cas similaires en analysant les résultats de recherches. Se renseigner auprès d'évaluateurs externes comme des sociologues peut nous aider à comprendre les effets de l'action sur les représentations des acteurs, leurs comportements, leurs capacités et leurs interactions. Par conséquent, l'appréciation du contexte nous permet d'analyser les facteurs sociaux et humains à prendre en compte afin de répondre de manière adaptée à un besoin social et ainsi générer un impact social positif⁴⁰. Enfin, d'après Stievenart, E. et Pache, A.-C. (2014), il est important de préciser que ces outils ne peuvent envelopper la totalité de la complexité sociale et humaine. Ils restent limites et pourront évoluer en fonction des retours du terrain.

³⁷ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Evaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, (Issue 331, pp. 76 à 80).

³⁸ Mayne, J. (2017), "Théories du changement : comment élaborer des modèles utiles". *Canadian Journal of Program Evaluation*, 32(2), 174-201, p. 28.

³⁹ Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2e éd.), Thousand Oaks, Sage. p. 443.

⁴⁰ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Evaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, (Issue 331, pp. 76 à 80)

2. Méthodes par indicateurs

L'usage d'indicateurs permet une série de comparaisons entre les objectifs fixés et les résultats atteints, entre les résultats obtenus sur plusieurs années, entre ceux atteints par différents projets ou encore entre ceux obtenus par divers groupes de bénéficiaires. Les indicateurs peuvent être de différentes natures : indicateurs de réalisations ou de résultats, simples ou agrégés, objectifs ou subjectifs⁴¹. Cette méthode nous permet de piloter au mieux un projet à finalité sociale et d'atteindre davantage les impacts sociaux déterminés au départ⁴².

a) Le cadre logique

Le cadre logique est un outil de conception et de conduite de projet, ayant pour objectif d'atteindre un résultat. De même, il incorpore le suivi et l'évaluation⁴³. En effet, il permet de faire ressortir les relations entre le problème global, les objectifs globaux, les objectifs spécifiques, les résultats attendus et les activités proprement dites, grâce à une méthode dirigée par étapes. Pour chacune de ces phases, le cadre logique précise les éléments suivants : la logique de l'intervention (une description de ce changement), les indicateurs de réalisation vérifiables de manière objective, les sources et les moyens de vérification, et les hypothèses.⁴⁴

Comme le stipule le rapport de l'UNICEF (2014), au commencement, il faut analyser la situation. C'est-à-dire qu'il est primordial d'identifier la problématique (la raison de l'intervention, les causes, les conséquences et les opportunités du problème). Ensuite, nous avons la hiérarchisation des objectifs du projet (description du projet ou logique d'intervention, avec ses objectifs et activités). Puis vient l'identification des facteurs clés externes influençant la réussite du projet (hypothèses). Enfin nous déterminons la méthode de suivi et d'évaluation du projet (indicateurs et sources de vérification).

Pour résumer, d'après l'OCDE (2010)⁴⁵, construire un cadre logique « *suppose d'identifier les éléments stratégiques (ressources/inputs, extrants/outputs, effets/outcomes) et leurs relations causales, les indicateurs, les sources de vérifications ainsi que les facteurs extérieurs (risques) qui peuvent avoir une influence sur le succès ou l'échec de l'action* »

⁴¹ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*. pp 87 à 88.

⁴² SAW-B. (2014). Évaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

⁴³ SAW-B. (2014). Évaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

⁴⁴ UNICEF. (2014). « Théorie du changement », Évaluation d'impact n°2, Notes méthodologiques.

⁴⁵ OCDE. (2010). « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats ».

Les dangers liés au cadre logique d'après Nicolas Van Nuffel, sont de trois ordres. Premièrement, de ne pas prendre en compte le contexte et l'environnement de l'action. Deuxièmement, le déterminisme causal et troisièmement, de ne pas considérer les avis divergents des différents acteurs.⁴⁶

b) La base IRIS

L'Impact Reporting and Investment Standards (IRIS), a été initié par la Fondation Rockefeller, l'Acumen Fund, et les B Lab en 2009. Aujourd'hui, c'est le Global Impact Investing Network (GIIN), un organisme à but non lucratif, qui est désormais responsable de la gestion et de la mise à jour des indicateurs IRIS⁴⁷. L'IRIS est un portefeuille recensant la performance à l'intention des acteurs de l'investissement d'impact (impact investing⁴⁸). Il cherche à mesurer la performance financière, opérationnelle, environnementale ou sociale d'une organisation.

Il existe un grand nombre d'indicateurs, qu'ils soient qualitatifs ou quantitatifs, associés aux secteurs suivants : agriculture, éducation, énergie, environnement, services financiers, santé, logement, protection du territoire, eau et autres⁴⁹.

Pour utiliser les indicateurs IRIS, d'après Salathé-Beaulieu, G. (2017)⁵⁰, il faut tout d'abord justifier l'intérêt de ces indicateurs adoptés (pour communiquer sur l'impact social de ses investissements, analyser la performance sociale de l'organisation, atteindre un certain objectif, etc.). Ensuite, il faut préciser des informations nécessaires pour atteindre l'objectif donné. Puis il est nécessaire d'organiser les données, si les indicateurs utilisés serviront à d'autres questions sur la performance sociale et s'ils sont propres à un secteur d'activité. Avec ces différentes étapes, nous pouvons sélectionner l'indicateur IRIS approprié à nos recherches.

Cependant, d'après Stievenart & Pache (2014), il peut parfois être difficile de renseigner des indicateurs lorsqu'il s'agit de travailler sur des évolutions humaines complexes (confiance en soi, bien-être, compétences relationnelles, etc.).

⁴⁶ SAW-B. (2014). Evaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

⁴⁷ Global Impact Investing Network (GIIN). (2016). Getting started with IRIS, disponible sur www.thegiin.org/

⁴⁸ Selon le Global Impact Investing Network (GIIN), l'impact investing ce sont des investissements réalisés dans des entreprises, organisation et fonds, avec pour but de générer un impact social et environnemental ainsi qu'un rendement financier.

⁴⁹ Global Impact Investing Network (GIIN). (2016). Getting started with IRIS, disponible sur www.thegiin.org/

⁵⁰ Salathé-Beaulieu, G. (2017). Le catalogue Impact Reporting and Investment Standards (IRIS). Québec: Territoires innovants en économie sociale et solidaire, p. 6.

3. Méthodes de monétarisation

La méthode de monétarisation s'intéresse à la valeur économique créée par un projet social. Afin d'estimer cette valeur, nous trouvons les « analyses coûts-bénéfices »⁵¹ ou le « retour social sur investissement »⁵², qui proposent de recourir à la monnaie comme unité de mesure commune pour comparer et agréger des éléments de nature différente.

La plupart des méthodes concernant la monétarisation, permettent de donner une valeur financière (en euros) à tous les effets générés par un projet.⁵³

a) L'Analyse Coût-Bénéfice

La méthode d'Analyse Coûts-Bénéfices (ACB), permet d'apporter la preuve de la valeur financière de son action sociale.

Le principe de l'ACB est de montrer (s'il est possible) que les bénéfices sont supérieurs aux coûts. Ainsi, prenant l'exemple de la maîtrise du risque industriel, dans la partie bénéfices nous pouvons inclure la baisse de la pollution, ou la réduction du risque de mortalité lié à des accidents majeurs. Dans la partie coûts, nous retrouverons les coûts directs des dispositifs de sécurité, de dépollution des sols et les coûts indirects reprenant l'impact potentiel sur l'emploi ou la compétitivité. De ce fait, nous pouvons faire une comparaison entre les bénéfices et les coûts grâce une unité de mesure similaire (l'euro par exemple).⁵⁴

L'ACB est devenue une stratégie afin de plaidoyer auprès des financeurs privés comme publics. En effet, le résultat final de la méthode montre le parfait argument qu'un investissement aurait un impact positif pour la population, et pourrait finir par être « rentable » pour les pouvoirs publics. Bien évidemment c'est la “valeur sociale” qui est recherchée pour un projet, un programme, une organisation, et non “le taux de rentabilité”.

De même, grâce à la méthode ACB, ADIE a pu révéler son impact sur la collectivité en démontrant qu'un euro investi rapporte, au bout de deux ans, 2,38 euros.⁵⁵

⁵¹ Meunier V., Marsden E. (2006). « L'analyse coût-bénéfices, guide méthodologique », Les Cahiers de la sécurité industrielle, p. 59.

⁵² The SROI Network. (2012). A guide to Social Return on Investment, 2e éd, p. 110.

⁵³ SAW-B. (2014). Evaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

⁵⁴ Meunier V., Marsden E. (2006). « L'analyse coût-bénéfices, guide méthodologique », Les Cahiers de la sécurité industrielle, p. 59.

⁵⁵ (Im)prove & Fondation Rexel. (2018). *L'analyse coûts bénéfices - Des initiatives à impact sociétal*, p. 54. <https://www.avise.org/ressources/lanalyse-couts-benefices-des-initiatives-a-impact-societal>

Pour résumer, la méthode ACB est un levier d'information pour l'entrepreneur, afin d'améliorer la gestion de son activité sociale, mais c'est aussi un canal de communication pour lever des fonds. De plus, l'ACB révèle de la pertinence économique d'une initiative en comparant dans la durée les retombées économiques générées par celle-ci et ses coûts de mise en œuvre (l'investissement).⁵⁶

Les organisations Rexel Fondation et IMprove (2018) mettent en avant la différence entre la méthode ACB et la méthode SROI. L'ACB donne le niveau de rentabilité en valeur alors que le SROI fournit le niveau de rentabilité en valeur sociale. La méthode SROI cherche à quantifier les impacts sociaux indirects, et prend en considération le point de vue de la société dans sa globalité. La méthode SROI utilise des proxys pour représenter au mieux la réalité. La technique de monétisation la plus souvent utilisée est la "valeur perçue", c'est ce qu'est prêt à payer un bénéficiaire pour accéder au produit / au service. Ceci rend la méthode SROI moins rigoureuse du point de vue financier par rapport à l'ACB. L'ACB, quant à elle, se base sur des mesures tangibles pour calculer le ROI (Return On Investment).

b) Le ratio SROI

L'approche du social return on investment (SROI), repose sur la valorisation monétaire de l'impact social⁵⁷.

La méthode SROI nous permet de comprendre et de gérer les impacts d'un projet, d'une organisation ou d'une politique. Celle-ci se base sur la reconnaissance d'un large éventail de parties prenantes. Ainsi, la méthode nous fournit une "histoire" (qui explique comment la valeur a été créée) et un "nombre" (qui démontre combien de valeur a été créée)⁵⁸. De plus, la méthode est utile afin d'acquérir une approche cohérente et claire pour comprendre et rendre compte des changements provoqués par une organisation ; des stratégies, des systèmes et une responsabilité améliorée ; une meilleure capacité à gérer les risques, à identifier les opportunités et à réunir les fonds nécessaires à la réalisation de leur mission⁵⁹.

⁵⁶ (Im)prove & Fondation Rexel. (2018). *L'analyse coûts bénéfices - Des initiatives à impact sociétal*, p. 54.
<https://www.avise.org/ressources/lanalyse-couts-benefices-des-initiatives-a-impact-societal>

⁵⁷ The SROI Network. (2012). A guide do Social Return on Investment, 2e éd, p. 110.

⁵⁸ Gibbon, J., & Dey, C. (2011). Developments in Social Impact Measurement in the Third Sector: Scaling Up or Dumbing Down? In *Social and Environmental Accountability Journal* (Vol. 31, Issue 1, pp. 63–72).

⁵⁹ New economics foundation. (2009). "Proving and improving: a quality and impact toolkit for social enterprise".

Pour résumer, l'ESSEC (2012)⁶⁰ et Meunier V. et Mardsen E. (2006)⁶¹ démontrent que l'approche SROI consiste à identifier, mesurer et valoriser monétairement les impacts générés par un projet ou une organisation pour ses parties prenantes principales. Et ainsi, établir un ratio de la somme des impacts sur la somme des ressources (en argent, temps, ou nature) utilisés pour rendre possible les activités. On cherche à établir le ratio suivant : valeur des impacts sociaux / coût des activités. Avec pour exemple, 1€ investi par les pouvoirs publics, 2€ peuvent être récupérés en économies de prestations sociales et en impôts et taxes. Par ailleurs, l'étude de l'ESSEC (2012) montre que le ratio SROI va plus loin, il prend en compte les contributions des parties prenantes, ainsi que la valeur créée pour chacune des parties prenantes (et non que les subventions obtenues).

Cependant, l'analyse SROI est différente de l'analyse coût-bénéfice car elle est conçue comme un outil de gestion pratique pour les petites et les grandes organisations. Alors que l'analyse coût-bénéfice est basée sur le "Green Book", un cadre d'orientation pour les principes fondamentaux sur lesquels toute évaluation économique du secteur public du gouvernement britannique est faite. De plus, il est important de soulever les différents problèmes que nous pouvons rencontrer à l'égard de cette méthode, d'après Gibbon, J. et Dey, C. (2011). Premièrement, l'impact social peut être considéré d'un point de vue personnel ou utilisé comme une mesure politique. Deuxièmement, il existe des problèmes non résolus concernant la quantification dans le cadre des SROI (la qualité et la disponibilité des données, les problèmes de mesure sous-jacents, la causalité et la corrélation, ainsi que le calendrier utilisé, il est donc important d'être prudent lorsqu'une comparaison de plusieurs organisations est réalisée). Troisièmement, si l'utilisation de l'indice SROI vise à accroître les opportunités d'investissement en alignant les investisseurs et les entreprises, alors en l'absence de données sur l'indice SROI et l'impact social d'un grand nombre d'organisations, ceux qui cherchent à comprendre le contexte de leur investissement seront incapables de le faire.

Enfin, le ratio SROI ne doit pas être isolé de l'analyse SROI, car cette dernière est importante. Elle est riche d'informations sur la manière dont on tente de répondre à un besoin, on concrétise la mission sociale et comment on atteint un résultat⁶².

⁶⁰ ESSEC BUSINESS SCHOOL. Évaluer l'impact social avec l'approche SROI. 2012, p. 86.

⁶¹ Meunier V., Marsden E. (2006). « L'analyse coût-bénéfices, guide méthodologique », Les Cahiers de la sécurité industrielle, p. 59

⁶² ESSEC BUSINESS SCHOOL. Évaluer l'impact social avec l'approche SROI. 2012, p. 86.

4. Méthodes avec groupes de comparaisons

La méthode avec les groupes de comparaisons a été étudiée par plusieurs auteurs, Eynaud, P. et Mourey, D. (2015)⁶³, Stievenart, E. et Pache, A.-C (2014), André, K. & Véolia Water, G. (2015) et Mulgan, T. (2010)⁶⁴.

Tous émettent que l'outil permet de s'interroger sur les effets directs d'une intervention donnée, indépendamment de ce qui se serait passé en l'absence de cette intervention. Nous pouvons donc comparer deux situations, entre un groupe ayant bénéficié d'une intervention (groupe « traité ») et un groupe « témoin ». Ceci nous aide à déterminer si notre intervention a entraîné des changements, et n'a donc pas été réalisée par d'autres facteurs⁶⁵. Cependant, d'après Mulgan (2010), la méthode de comparaisons possède quelques inconvénients, c'est une approche coûteuse, notamment pour les petites structures avec de faibles ressources. Enfin, elle permet seulement de voir les impacts, sans pour autant connaître tous les processus internes de l'organisation, et donc de proposer un axe d'amélioration⁶⁶.

⁶³ Eynaud, P., & Mourey, D. (2015). Apports et limites de la production du chiffre dans l'entreprise sociale. Une étude de cas autour de la mesure de l'impact social. In *Revue française de gestion* (Vol. 41, Issue 247, pp. 85 à 100).

⁶⁴ Mulgan T. (2010). « Measuring social value », Stanford Social Innovation Review.

⁶⁵ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, (Issue 331, pp. 76 à 88).

⁶⁶ André, K., & Veolia Water, G. (2015). Une évaluation hybride des entreprises sociales. Le cas du social business. In In *Revue française de gestion* (Issue 247, pp.71 à 83).

D. La complexité de l'évaluation de l'impact social

Comme cité ci-dessus, l'évaluation d'impact est donc une démarche qui vise à analyser les actions d'une entreprise (ou d'un projet) afin de comprendre, de mesurer ou de valoriser leurs conséquences. L'objectif est d'en évaluer les résultats, qu'ils soient attendus, inattendus, directs, indirects, positifs ou négatifs. Or d'après Stievenart, E. et Pache, A.-C (2014), il existe différents obstacles à l'évaluation de l'impact social comme la complexité de l'objet d'analyse et la confusion liée à la multiplicité des objectifs poursuivis. En effet, premièrement nous trouvons la complexité computationnelle (il existe un grand nombre d'éléments différents à prendre en compte pour analyser l'impact), le résultat peut donc être incomplet au vu d'un manque de temps et de moyens. Deuxièmement, apparaît la complexité systémique lorsque nous appréhendons les effets sociaux, démontrons une relation de causalité linéaire entre une action et un effet particulier, analysons l'ensemble des chaînes d'effets. Ceci devient donc une quête labyrinthique. Troisièmement, nous avons la complexité épistémique, ce qui renvoie aux limites de nos connaissances. En effet, en évaluant l'impact social, il faut s'interroger sur les effets d'une ou de plusieurs actions (ce que pensent, ressentent, pourraient faire, font des individus, mais aussi prendre en compte les conditions de vie, leur santé, etc.). Quatrièmement, la complexité axiologique démontre que l'ensemble des parties prenantes ne partagent pas nécessairement les mêmes valeurs, la même vision, les mêmes intérêts, et peuvent être en désaccord quant à ce que représente un impact positif ou négatif dans le cadre de ce projet.

Nous rencontrons donc différentes formes de complexités, ainsi Mulgan (2010) stipule, «*le principal obstacle (à la mesure de la valeur sociale) est de considérer que la valeur sociale est une chose objective, déterminée et stable. A partir du moment où on aborde la valeur sociale comme étant subjective, malléable et variable, on crée de meilleures mesures pour l'évaluer*».

Des évaluations visant à estimer statistiquement le lien de causalité entre une action donnée et des changements observés ont aussi été développées. Malgré un nombre croissant de méthodes d'évaluation d'impact social concurrentes, celles-ci peinent à être mises en pratique par les entreprises sociales⁶⁷.

Cela peut être dû à la complexité pour les praticiens de se repérer parmi ces multiples outils répondant à des besoins et à des objectifs souvent différents. Les entreprises sociales sont dans la nécessité d'évaluer leur impact social, mais elles doivent aussi faire face à une incertitude

⁶⁷ Mulgan T. (2010). « Measuring social value », Stanford Social Innovation Review.

quant à la meilleure méthode à utiliser afin d'être concret et d'exploiter au mieux les résultats.⁶⁸

Lors de l'évaluation de l'impact social, Stievenart, E. et Pache, A.-C (2014) précisent qu'il ne s'agit pas d'une totalité de techniques, mais bien une démarche, un ensemble de déclinaisons variables, nourrissant les échanges et les décisions avec les parties prenantes de l'organisation. C'est un processus alliant transparence, rigueur et pragmatisme. Les informations collectées et analysées seront des éléments de réponses (pouvant être partiels) pour accompagner les organismes dans le dialogue avec leurs parties prenantes et la maximisation de leur impact social.

⁶⁸ Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Evaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In *Revue internationale de l'économie sociale : Recma*, (Issue 331, pp. 76 à 88).

E. Application à la question de recherche

Pour rappel, l'impact d'une activité est l'ensemble des effets ou changements positifs comme négatifs, attendus comme inattendus qui impactent les parties prenantes (bénéficiaires, citoyens, collectivités locales, partenaires, État, etc.). Ainsi, la mesure d'impact témoigne des effets que l'organisme, l'activité, le projet, produit sur la société. Nous pouvons donc vérifier si ce qui est réalisé, va dans la bonne direction et de même communiquer en interne comme en externe.

Afin de mesurer l'impact d'une organisation, d'un programme ou d'un projet, plusieurs méthodes s'offraient à nous. Nous avons la méthode d'explication du changement, la méthode par indicateurs, la méthode de monétarisation ainsi que la méthode de comparaisons.

Avant de réaliser la mesure de l'impact d'une organisation, il est intéressant de connaître l'efficience de celle-ci, c'est-à-dire, de prouver que les actions sont parfaitement appropriées pour les objectifs fixés. Par conséquent, nous utilisons la méthode d'explication du changement via la chaîne de résultat ou modèle logique, nous permettant d'aboutir à une représentation graphique de l'activité. Il convient, en amont, de réaliser un état des lieux (la problématique à résoudre, les besoins et attentes des usagers, les enjeux pour chaque catégorie d'acteurs, les dynamiques déjà en cours, etc.), de cartographier les parties prenantes, de formaliser la mission sociale, les intrants, les activités, les extrants et les résultats. De cette manière, l'outil permet de rendre visible étape par étape les hypothèses sous-jacentes à l'action et la manière dont celle-ci va produire des effets. De plus, nous pouvons visualiser si les objectifs de l'entreprise sociale sont toujours adaptés, déterminer les difficultés de compréhension du problème social auquel l'organisme est confronté, et démontrer la convergence entre ce que l'organisme pense apporter aux bénéficiaires et la perception de ces derniers. Il est vrai que cet exercice facilite l'identification d'indicateurs appropriés et prépare une évaluation subséquente.

Nous en venons donc à l'utilisation du modèle par indicateurs. L'utilisation du cadre logique est intéressante, car l'outil incorpore le suivi, l'évaluation, les indicateurs, les sources de vérifications ainsi que les facteurs extérieurs pouvant avoir une influence sur le succès ou l'échec d'une action, d'un programme ou d'un projet.

Afin d'éviter les différents biais de l'outil, il sera nécessaire d'être en relation avec les parties prenantes et de prendre en compte le contexte et l'environnement de l'action.

De ce fait, l'utilisation de la méthode des indicateurs ne se fera pas sur la base IRIS. L'Impact Reporting and Investment Standards, reprend certes différents secteurs : agriculture, éducation,

énergie, environnement, services financiers, santé, logement, protection du territoire, eau, etc.,⁶⁹ mais n'intègre pas les indicateurs nécessaires à l'analyse des impacts d'une Salle De Consommation à Moindre Risque. La méthode des indicateurs rend visible l'atteinte des objectifs de résultats fixés, et le(s) domaine(s) dans le(s)quel(s) les bénéficiaires ont réalisé un progrès flagrant, mais prouve aussi l'impact que peut avoir l'action d'une organisation sur ses parties prenantes et son environnement. Les informations peuvent se trouver grâce à une collaboration avec les parties prenantes en réalisant des questionnaires, un bilan, des interviews, etc. Par ailleurs, certains impacts peuvent être évalués monétairement et donc faire appel au modèle de monétarisation dans l'analyse.

En effet, la méthode de monétarisation permet d'identifier les impacts évaluables monétairement. Deux outils s'offrent à nous, l'ACB (Analyse Coût-Bénéfice) et le SROI (Social Return On Investment). Lors de cette étape, nous utiliserons l'outil ACB, qui est, d'après l'étude de la Fondation Rexel et d'IMprove (2018), une méthode courte, nécessitant peu de ressources. Dès lors, cette méthode répond aux contraintes spécifiques d'un mémoire de fin d'étude, c'est-à-dire : soucis d'efficience, de ressources et de temps.

De plus, l'ACB est souvent utilisée par les institutions publiques afin d'évaluer l'intérêt économique de l'allocation de ressources à un programme. Elle est basée sur la comparaison dans la durée des bénéfices générés par une mesure de réduction du risque et du coût de mise en œuvre⁷⁰.

⁶⁹ Global Impact Investing Network (GIIN). (2016). Getting started with IRIS, disponible sur www.thegiin.org/

⁷⁰ Centre Européen de Prévention du Risque d'Inondation (CEPRI), 2011. « L'ACB : une aide à la décision au service de la gestion des inondations », pp 9 à 19.

II. LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

En approfondissant le terrain, nous nous demandons l'origine des SCMR ? Comment cette initiative s'est-elle construite ? Qui sont les acteurs principaux ? Quel est le levier de ce développement ?

A. Quid des SCMR ?

La première salle de consommation à moindre risque (salle d'injection) a ouvert ses portes à Berne en Suisse⁷¹, en 1986. Elle est née, suite à l'augmentation de la toxicomanie à Berne, mais aussi à Zurich. Les parcs grouillaient de toxicomanes, les seringues jonchaient au sol. Un lieu a ainsi été créé pour encadrer les toxicomanes. Dès lors, les usagers peuvent consommer des drogues (héroïnes, crack, morphine) dans un cadre médicalisé, avec un matériel d'injection propre et stérile. Par ailleurs, les consommateurs de drogues ont la possibilité de rentrer en contact avec des travailleurs sociaux, des médecins, ou des infirmier.es, pouvant leur procurer des conseils, les aider ou même les écouter⁷².

Ce système innovant vise différents objectifs⁷³:

Une amélioration de la santé publique (limitation des risques sanitaires)

Le matériel utilisé par les consommateurs de drogues étant rarement stérile et propre, des maladies telles que le Sida, l'hépatite C, peuvent être transmises. C'est pourquoi les SCMR proposent d'échanger leurs vieilles seringues contre des neuves. Cela permettrait de diminuer les contaminations par le SIDA ou l'hépatite. Grâce à ces mesures, en Suisse, entre 1991 et 2014, la mortalité due au VIH chez les consommateurs a considérablement baissé.

Un encadrement sur la consommation

Comme indiqué ci-dessus, une équipe soignante (médecins, infirmier.ères.) est présente. Cette équipe va conseiller le consommateur sur le produit qu'il va utiliser, principalement s'il s'avère qu'une drogue frelatée est en circulation, et préviendrait le risque d'overdose.

⁷¹ X., "C'est comment ailleurs, les salles de shoot en Suisse", France Tv Info , 17 octobre 2017 disponible sur https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-salles-de-shoot-en-suisse_2400080.html

⁷² aufeminin.com SA, 75002 Paris, France. (2017, 9 mai). *Salle de shoot : ces salles de consommation à moindre risque ? - Onmeda.fr.* onmeda.fr. <https://www.onmeda.fr/addictions/salle-de-shoot.html>

⁷³ Gaïa Paris. (2019). Salle de consommation à moindres risques. Gaïa-paris.fr. <https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque/>

Une amélioration de la situation sociale

Les usagers ont la possibilité de rencontrer des travailleurs sociaux, discuter de leur ressenti, se confier sur leur venue, de comment et pourquoi ils en sont arrivés là aujourd’hui. L’équipe présente dans l’établissement peut les conseiller et les aider à s’en sortir et à se sevrer. *In fine*, cela améliorerait l'accès aux services de santé pour les groupes d'usagers de drogues les plus vulnérables, favoriserait l'inscription dans le soin ou dans les services socio-sanitaires (relais possible vers les structures de traitements).

Une amélioration de la tranquillité publique

La présence des salles permet d'éviter que les toxicomanes se droguent n'importe où. Nous pouvons donc insinuer que depuis cette initiative, les populations vivant près de salles, ont de "bonnes relations" avec les usagers, qu'il existe une réduction de nuisances associées à l'usage de drogues dans les milieux publics et semi-publics (diminution de la visibilité de l'usage, diminution de la criminalité, diminution du nombre de seringues usagées sur la voie publique). Ainsi, les salles de consommations peuvent permettre de limiter les troubles à l'ordre public, la délinquance mais aussi favoriser la cohabitation dans le quartier.

B. La situation relative aux drogues en Belgique

En 2018, d'après l'Enquête de santé réalisée par Sciensano⁷⁴, il a été estimé que 9% de la population belge, âgée de 15 à 64 ans a déjà expérimenté une substance autre que le cannabis, au cours de sa vie. La proportion de personnes ayant fait l'expérience d'autres substances⁷⁵ est moins élevée en Région Wallonne (6,8%) qu'en Région Flamande (9,7%) ou bruxelloise (11,7%). Cette différence se note aussi dans l'usage récent des autres substances que le cannabis : RW (1,9%), RF (3,2%), RB (4,7%)⁷⁶.

Par ailleurs, la prévalence des usagers expérimentaux d'autres substances a augmenté de la même façon dans les trois régions du pays^{77 78}. En 2018, 1,5% des citoyens âgés de 15 à 64 ans

⁷⁴ Sciensano. (2018). *USAGE DES DROGUES : Enquête de Santé 2018*, p. 96., disponible sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/ID_FR_2018.pdf

⁷⁵ Les autres substances représentent des produits comme la cocaïne, l'ecstasy, les opioïdes, les amphétamines, l'héroïne, le crack, etc.

⁷⁶ Cfr. Annexe n°1 : Figure : 1 - Pourcentage de la population de 15 à 64 ans ayant consommé d'autres substances que le cannabis au cours de la vie et au cours de l'année écoulée, p. I

⁷⁷ Cfr. Annexe n°1 : Tableau : 1 - Pourcentage de la population de 15-64 ans qui a consommé une des substances dans la liste au cours des 12 derniers mois, par sexe et dans trois groupes d'âge, Enquête de santé, Belgique 2018, p. I

⁷⁸ Cfr. Annexe n°1 : Tableau : 2 - Pourcentage de la population de 15-64 ans qui a consommé une des substances listées au cours des 12 derniers mois, en Belgique et par région, Enquête de santé, Belgique 2018, p. II

ont pris de la cocaïne et 1,2% ont pris de l'ecstasy dans les 12 mois qui ont précédé l'enquête. Bien qu'il faille étudier ces chiffres avec prudence, étant donné les petits nombres montrés, la région Bruxelloise concentre un nombre plus important de consommateurs de drogues de tous types. Tandis que celle-ci est plus faible en Wallonie et que la Région Flamande est intermédiaire.

C. Quid du développement des SCMR en Belgique ?

Quelles sont les règles de droit ?

La Salle De Consommation à Moindre Risque est illégale. Il existe une loi datant du 24 février 1921 relatif au trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes. De plus, en vertu de l'article 3, § 2. : “*Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'articles 2bis, § 1, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage.*”⁷⁹

Or, depuis la dernière réforme de l'État en 2014, la prise en charge sociale et sanitaire des usagers de drogues est désormais de la compétence des entités fédérées et non plus de la compétence fédérale.

Que pense la Flandre concernant les SCMR ?

Concernant la création d'une SCMR pour les toxicomanes, la Belgique est divisée. La Flandre est réticente concernant ce sujet. En 2018, Bart De Wever, député flamand et président de la N-VA, a confirmé son intérêt pour les politiques répressives tout en refusant les politiques dites, “permissives” des Pays-Bas⁸⁰. Ainsi, les principaux partis de Flandre sont contre les SCMR, ces derniers bloquent toutes les réformes de la loi pénale, contrairement aux partis francophones.⁸¹

⁷⁹ Article 3, § 2 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes (Moniteur, 6 mars 1921).

⁸⁰ X., “*Le Fédéral fait toujours obstacle à la création de SCMR (Guide Social)*”, Fedito bxl, 9 avril 2018, disponible sur <https://feditobxl.be/fr/2018/04/le-federal-fait-toujours-obstacle-a-la-creation-de-scmr-guide-social/>

⁸¹ X., “*La salle de shoot liégeoise: c'est quand même mieux de faire ça ici, dans la rue il y a des enfants...*”, Le Soir, 15 avril 2019, disponible sur <https://plus.lesoir.be/218661/article/2019-04-16/la-salle-de-shoot-liegeoise-cest-quand-meme-mieux-de-faire-ca-ici-dans-la-rue-il>

Que pense Bruxelles concernant les SCMR ?

En avril 2019, le Parlement francophone bruxellois a adopté le principe des "salles de shoots" pour toxicomanes. En effet, au printemps 2020, la Ville de Bruxelles et l'ASBL Transit s'activaient pour faire aboutir ce projet de santé publique, en multipliant les échanges avec les expériences existantes. L'association bruxelloise Transit, qui gère déjà un comptoir d'échange de matériel stérilisé et un centre d'hébergement pour toxicomanes précarisés dans le nord de la capitale, est désigné pour encadrer l'activité quotidienne de la SCMR via un financement Ville-Région.⁸²

Que pense la Wallonie concernant les SCMR ?

En 2018, le bourgmestre de Liège a rencontré la ministre de la Santé, Maggie De Block, pour essayer de construire une base légale à l'ouverture de « salles de consommation à moindre risque ». Le fédéral freine : « Ce n'est pas dans l'accord de gouvernement ». ⁸³

Les Régions belges souhaitant ouvrir une SCMR peuvent légiférer la réforme pénale, décidant elles-mêmes de l'exception en faveur des SCMR, en arguant d'une notion jurisprudentielle établie, la théorie des compétences implicites. A l'heure actuelle, la SCMR de Liège est dans une situation illégale, elle n'est pas reconnue par la loi, mais elle tombe sous la coupe de la loi pénale : "Facilitation d'usage à autrui", Loi 1921 art.3. Or, la SCMR existe car elle bénéficie d'un consensus purement politique au niveau local et possède un accord des autorités médicales locales et des autorités judiciaires locales et non du fédéral.⁸⁴

D. Qu'en est-il de la situation à Liège ?⁸⁵

Dès les années 1990, à Liège, des premiers traitements sont autorisés pour de la substitution à la méthadone. En 1994, des premiers dispositifs d'échange de matériels stériles sont mis en place. Ainsi, en 1995, un centre d'accueil à bas seuil et de délivrance de méthadone a été ouvert. S'en suit, en 2003, une introduction officielle des projets TADAM et SCMR pour des projets

⁸² X., "La première SCMR de Bruxelles se dessin en coulisses", Le Soir, 17 janvier 2020, disponible sur <https://plus.lesoir.be/273730/article/2020-01-17/la-premiere-salle-de-conso-de-bruxelles-se-dessine-en-coulisses>

⁸³ X., "Salle de shoot le lobbying liégeois se heurte aux réticences flamande", Le Soir, 06 avril 2018, disponible sur <https://plus.lesoir.be/149576/article/2018-04-06/salles-de-shoot-le-lobbying-liegeois-se-heurte-aux-reticences-flamandes>

⁸⁴ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

⁸⁵ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

pilotes et c'est en 2007 que le projet pilote TADAM est approuvé par le gouvernement fédéral, pour que la Fondation privée TADAM soit constituée en 2008.

Avis à mes lecteurs : il est important de faire une différence entre les SCMR (salles de consommation à moindre risque) et TADAM (unité de traitement assisté par diacétylmorphine). Les SCMR proposent un encadrement à des usagers qui sont ou non en traitement, et qui viennent consommer des produits acquis illégalement dans la salle. Les unités de TADAM prescrivent, délivrent et permettent aux usagers de consommer sur place, sous contrôle médical, la diacétylmorphine, qui est une forme pharmaceutique légale de l'héroïne.

La fondation TADAM est constituée de 6 organisations : la Ville de Liège, la Province de Liège, le CHC, le CHR de la citadelle, CHBA, et l'ISoSL. C'est le 28 mai 2018 que le Conseil communal de la Ville de Liège autorise la Fondation privée TADAM et lui confie, la mise en place, l'animation et la gestion d'une SCMR dans la ville de Liège pour une durée de 3 ans, avec le crédit nécessaire. En septembre 2018, la SCMR de Liège voie le jour.

III. LA SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE DE LA VILLE DE LIÈGE

Dans cette partie nous analyserons les bénéficiaires de la SCMR ainsi que la structure de celle-ci (les parties prenantes, la mission sociale, la problématique, les activités, la structure économique et les impacts, possibles, sur la société).

A. Les bénéficiaires de la SCMR de Liège

Afin d'établir un profil des bénéficiaires⁸⁶, nous avons utilisé le rapport d'activité de la SCMR de Liège (18-19)⁸⁷, ainsi que les données récoltées lors de l'entretien avec le coordinateur général de la fondation TADAM, Dominique DELHAUTEUR⁸⁸.

1. Qui sont les bénéficiaires ?

Lors de l'encodage pour accéder aux services, très peu d'informations personnelles sont collectées. En effet, les informations demandées se concentrent sur le type de produits consommés, leurs modes de consommation, leurs genres, leurs classes d'âge et l'ensemble des services qui leur ont été immédiatement offerts (soins, conseil RdR, etc.). Malgré le manque d'informations, l'encodage réalisé dans la SCMR nous permet d'analyser le genre et l'âge des bénéficiaires⁸⁹. Nous affirmons que 70% des consommateurs ont entre 36 ans et 99 ans, et sont majoritairement des hommes (pour 81% des inscrits).

Afin d'affiner l'analyse du profil des consommateurs, certaines données auraient été intéressantes à prendre en compte, notamment la situation familiale, la situation sociale, la situation professionnelle, le niveau de scolarité, et les revenus. Mais la SCMR de Liège ne veut dresser aucun profil de ses usagers, et les renseignements donnés sont au choix des usagers et peuvent être fictifs. Enfin, d'après les propos de Dominique DELHAUTEUR, les usagers de la SCMR sont souvent des personnes qui vivent dans la rue ou dans des conditions très précaires (squats, tentes, ...).⁹⁰

⁸⁶ Cfr. Annexe n°2 : Tableau : 3 - Données utilisées pour analyser les bénéficiaires de la SCMR, p. III

⁸⁷ TADAM. (2020). *Rapport d'activité de la SCMR de Liège (18-19)*.

⁸⁸ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

⁸⁹ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 2 - Pyramide des âges et répartition en fonction du genre de l'individu, p. IV

⁹⁰ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

2. L'évolution du nombre d'inscrits

D'après le rapport d'activité de la SCMR (2020), du premier mois d'ouverture (09/18) à décembre 2019, le nombre d'inscrits ne cesse d'augmenter et atteint 571 inscrits fin d'année 2019.⁹¹ Toutefois, étant la première SCMR de Belgique, nous pouvons supposer que l'enceinte a connu un “effet de curiosité”, ce n'est donc pas un effet d'attraction pérenne.

3. Évolution du nombre de passages

L'évolution du nombre d'inscrits à la SCMR ne représente pas l'activité réelle de la salle. En effet, un inscrit ne correspond pas forcément à un passage pour une (voire plusieurs) consommation(s). De septembre 2018 à décembre 2019, le nombre de passages est resté constant avec quelques chutes dues à différents évènements : les fêtes et congés (12/18), le climat (05/19 - 08/19), l'offre des dealers et l'exclusion définitive des dealers à l'intérieur des SCMR.

Fin 2019, nous dénombrons 55 passages, soit une augmentation de 175% du nombre de passages depuis septembre 2018⁹². En 16 mois la SCMR comptabilise 44 passages en moyenne par mois.

4. La fidélisation au service

Afin d'évaluer la fidélisation suite au service proposé, l'équipe de la SCMR a réalisé une étude manuelle sur la fréquentation de la SCMR pour le mois d'avril 2019⁹³, de septembre 2019 et d'octobre 2019. En avril 2019, la SCMR enregistre 1501 passages, soit une moyenne de 50 passages par jour. Dans les 1501 passages, il existe 143 usagers différents. Nous calculons donc une moyenne journalière de 9,52 passages par usager. Or, nous trouvons un écart de passages de 1 par mois à 97 par mois. Sur la période de septembre 2018 à fin avril 2019, les 143 usagers représentent 36,5% du total des inscrits (sur une base de 392 inscrits, dont 25 inscrits en avril 2019).

⁹¹ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 3 - Évolution des inscriptions les 16 derniers mois, p. IV

⁹² Cfr. Annexe n°2 : Figure : 4 - Évolution des passages journaliers, p. IV

⁹³ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 5 - Régularité des passages pour le mois d'avril 2019, p. V

Pour le mois d'avril, 10,5% des usagers ont potentiellement pu fréquenter la SCMR au moins 1 fois/jour, ce qui représente 15 personnes. Dans ce groupe-ci, 4 usagers (2,8%) ont potentiellement pu fréquenter la salle au moins 2 fois/jour et 1 usager a pu fréquenter la SCMR 3 fois/jour soit 97 passages. De plus, 57 usagers (40%), ont potentiellement pu fréquenter la SCMR 1 fois/semaine, 12 usagers (8,5 %), ont fréquenté la SCMR 3 fois, et 20 usagers (14 %) ont fréquenté la SCMR 2 fois. Enfin, 39 usagers, soit 27 % ont fréquenté la SCMR 1 fois. Si nous supposons que la fidélisation d'un usager est atteinte à 1 passage/semaine au moins, alors 18 % du total des inscrits ont été réguliers en avril 2019.

De plus, si la barre de la fidélité est placée à 1 passage/jour alors, seulement 3,8% du total des inscrits ont été fidélisés en avril 2019.

Concernant les mois de septembre et octobre 2019, 49,2% des inscrits (259 usagers) sont venus plus de 5 fois au moins, et peuvent être considérés comme le noyau des bénéficiaires. 148 des usagers du noyau sont venus 1 fois par mois au moins, et 55 sont venus au moins 1 fois par semaine.

5. Les habitudes de consommation

En 16 mois, la SCMR a enregistré 20.688 actes de consommation⁹⁴. Ainsi, nous constatons que le mois de décembre représente le pic de consommation du graphique, avec 1.672 consommations. De plus, nous remarquons que la consommation de l'héroïne est deux fois plus importante que la consommation de cocaïne⁹⁵. Ensuite, les actes d'inhalations étant majoritaires (59% d'inhalation contre 41% d'injection).

A propos des inhalations, elles se font plus souvent *via* l'utilisation de l'héroïne. A l'inverse, les injections se font par les consommateurs de cocaïne. Ces injections de cocaïne présentent, de plus, une forte hausse, comme l'indique la courbe de tendance.⁹⁶

Enfin, parmi les produits consommés non présentés dans les figures de l'annexe n°2, nous avons le crack. Étant donné que l'ammoniaque est interdite dans l'établissement, celle-ci est remplacée par du bicarbonate. Ainsi, l'utilisation est plus difficile et la perte du produit est plus importante.

⁹⁴ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 6 - Évolution des consommations en 16 mois (tous produits et modes de consommation inclus), p. V

⁹⁵ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 7 - Évolution des consommations (produits et modes), p. VI

⁹⁶ Cfr. Annexe n°2 : Figure : 8 - Évolution du mode de consommations par produits, p. VI

Nous pouvons donc déduire que les fumeurs/injecteurs de crack préfèrent rester en rue pour pouvoir consommer leur produit, dès lors la consommation dans la salle est faible. Afin de contrer ceci, un groupe d'éducation par les pairs forme les usagers à utiliser du bicarbonate de soude.

Pour conclure cette partie, il aurait été intéressant de récolter davantage d'informations auprès des usagers, comme le motif de consommation, la connaissance d'autres services et de leur utilisation, la situation actuelle des bénéficiaires, etc. permettant de connaître mieux les individus et ainsi d'adapter les services que propose la structure.

B. Analyse de la Structure de la SCMR de Liège

Dans cette section nous étudierons en profondeur le modèle liégeois de la Salle de Consommation à Moindre Risque. Différents points seront abordés :

- La cartographie des parties prenantes ;
- La mission sociale, nous permettant de cartographier l'essence même de la salle ;
- La mise en avant des activités rendue possible grâce à la réalisation d'un modèle logique;
- L'étude du modèle économique ;
- La cartographie des impacts sociaux.

1. La cartographie des parties prenantes

L'analyse des parties prenantes est une étape importante nous permettant de connaître le rôle de chacune des personnes et organisations entourant la SCMR de Liège.^{97 98 99}

Le tableau des parties prenantes¹⁰⁰ nous a permis de les répertorier en : internes, connectés, ou externes de la SCMR. De plus, nous apercevons leurs contributions et les différentes activités émanantes. Afin de faciliter le travail pour la suite de l'étude, les parties prenantes ont été assignées à un groupe tels que : les employés, les bénéficiaires, le service hospitalier, les agents

⁹⁷ (Im)prove & Fondation Rexel. (2015). *Guide de la mesure d'impact social*, p. 46., disponible sur https://www.rexelfoundation.com/sites/default/files/fondation_rexel_-_guide_de_la_mesure_dimpact_social.pdf

⁹⁸ (Im)prove & Fondation Rexel. (2018). *L'analyse coûts bénéfices - Des initiatives à impact sociétal*, p. 54., disponible sur <https://www.avise.org/ressources/lanalyse-couts-benefices-des-initiatives-a-impact-societal>

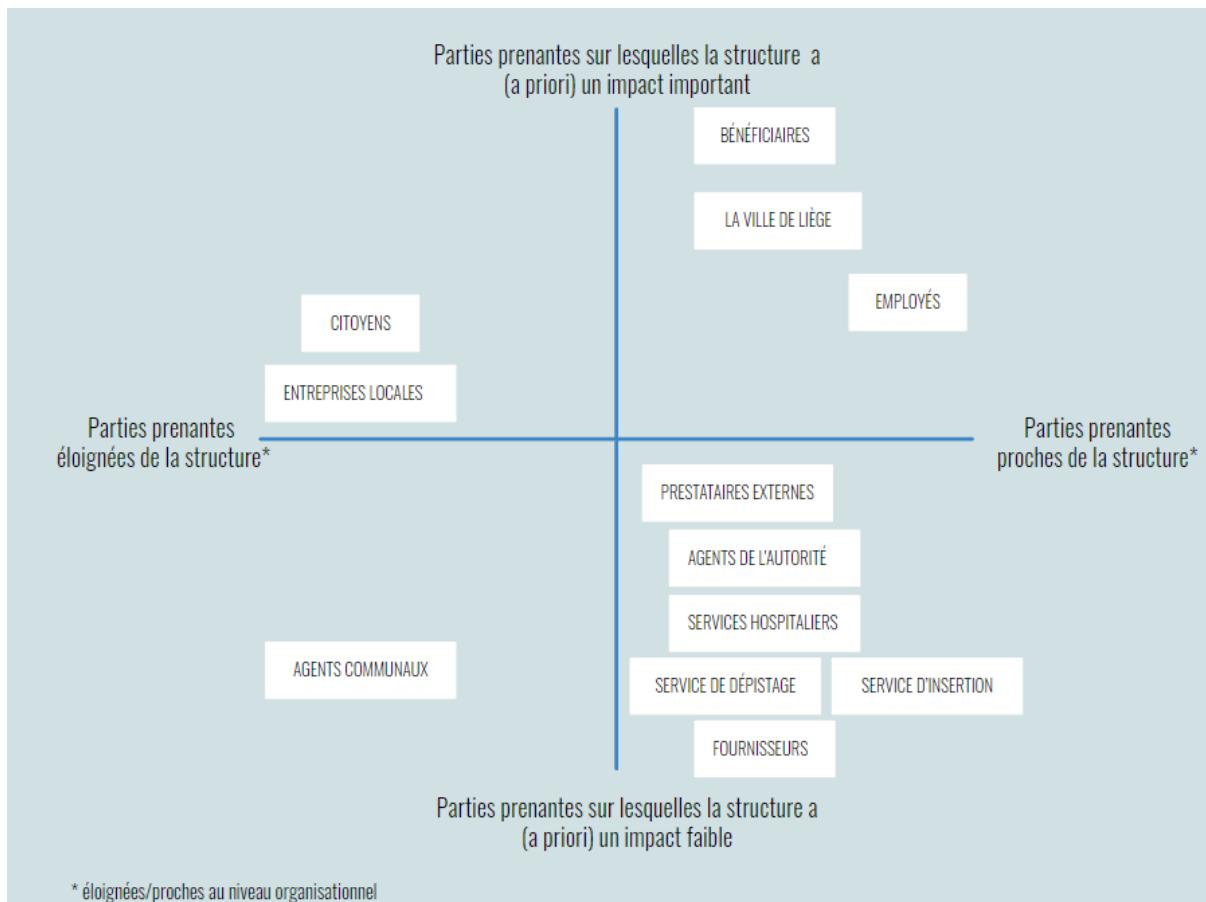
⁹⁹ VISES. (2019). *Donnons du sens à notre économie*. http://www.projetvisesproject.eu/IMG/pdf/vises_rv_fr_web.pdf

¹⁰⁰ Cfr. Annexe n°3 : Tableau : 4 - Parties prenantes identifiées de la SCMR, pp. VII à VIII

de l'autorité, le service d'insertion, le service de dépistage, les fournisseurs, les prestataires externes, la Ville de Liège, les entreprises locales, les citoyens et les agents communaux.

Comme les études citées plus haut l'expliquent, la cartographie des parties prenantes permet de les classer, mettre en avant celles se situant au cœur de la mission sociale, ainsi que celles étant fortement impactées. De cela, nous pouvons dessiner les prémisses d'un périmètre d'étude.

Figure : 9 - La cartographie des parties prenantes



2. La mission sociale

La mission d'une organisation est sa raison d'être. Nous pouvons formaliser la mission sociale de la SCMR en deux étapes : préciser la problématique sociale à laquelle l'organisation s'attaque, et rédiger la mission sociale de la SCMR (les principaux enjeux identifiés et les activités mises en place pour solutionner les enjeux et remplir sa mission sociale).

Problématique sociale¹⁰¹

L'étude de la problématique sociale rend visible l'environnement dans lequel nous sommes. En mettant en avant une problématique que nous rencontrons, les conséquences existant sur la société et les causes.

Aujourd'hui, dans la province de Liège, nous dénombrons 4000 consommateurs d'héroïne, dont une petite moitié se trouve dans Liège même. A ce jour, il est difficile de déterminer le nombre exact d'usagers de drogues. Une partie de ces consommateurs, soit 300, consomment en rue régulièrement ou occasionnellement. A partir de ces chiffres, le nombre d'actes de consommation en rue par jour, varie entre 960 et 1260 actes¹⁰². Ce qui découle de cette problématique, ce sont les conséquences : la nuisance dans les rues, la consommation dans les espaces publics, les interventions des autorités et des professionnels de santé, les faits de criminalité, le sentiment d'insécurité et les risques sanitaires. Ces différents aspects peuvent être dus à un manque de structure accueillant les consommateurs, mais aussi à une absence de suivis.

Mission sociale¹⁰³

Afin de répondre à la problématique, nous mettons en avant la mission sociale de la structure : accueillir, soutenir et accompagner les personnes faisant usage de drogues. Les enjeux qui découlent de la mission sociale sont :

- Atteindre autant que possible la population cible des usagers
- Procurer un environnement sain et sécurisé
- Réduire la morbidité et la mortalité
- Réduire l'usage des drogues dans l'espace public et les nuisances associées
- Stabiliser et améliorer l'état de santé des usagers
- Prévenir la criminalité

Dans la partie suivante, nous expliquerons davantage les enjeux de la structure, grâce au modèle logique¹⁰⁴. Chaque enjeu sera remis dans son contexte, répondant à une problématique spécifique. Afin de répondre à l'objectif spécifique, différentes activités seront ainsi présentées.

¹⁰¹ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 10 - La problématique sociale, p. IX

¹⁰² Ville de Liège. (2018). *Une salle de consommation à moindre risque ouvre à Liège*. [www.liege.be](http://www.liege.be/fr/actualites/une-salle-de-consommation-a-moindre-risque-ouvre-a-liege).

¹⁰³ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 11 - La mission sociale, p. X

¹⁰⁴ Cfr. Annexe n°3 : Tableau : 5 - Le modèle logique de la SCMR, pp. XI à XVII

3. Besoin social et activités

La mise en place d'une Salle de Consommation à Moindre Risque, permettrait de **réduire les risques au niveau sanitaire et d'ordre public**¹⁰⁵.

a) La réduction des risques sanitaires

Atteindre la population cible des usagers à haut risque

Comme nous le savons, nous dénombrons environ 4000 consommateurs dans la Province de Liège, dont une petite moitié dans Liège même¹⁰⁶. Ainsi la SCMR essaye de répondre à son premier objectif spécifique, étant d'atteindre autant que possible la population cible des usagers à haut risque. Elle vise les consommateurs réguliers et de longue date d'héroïne et/ou de cocaïne, injecteurs (ou qui l'ont été), consommateurs de rue marginalisés et échappant aux circuits de soins généraux ou spécialisés. Pour répondre à cet objectif, plusieurs activités sont mises en place, telles que :

- ❖ Gestion générale de la SCMR : les heures d'ouverture de la salle sont un facteur agissant favorablement sur la diminution de la consommation des drogues en rue. Ainsi, la salle est ouverte 7j/7 pour 48h/semaine¹⁰⁷. La plage horaire la plus fréquentée est celle de 12h30 à 16h30 (72% du total des passages), s'ensuit celle de 16h30 à 19h30, (17 %) et la plage la moins couverte est celle de 08h30 à 12h30 (11%).
- ❖ Les maraudes : les maraudes permettent la bonne diffusion des informations sur le SCMR, d'attirer de nouveaux usagers et d'en fidéliser¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Cfr. Annexe n°3 : Tableau : 6 - Besoins social et activités, pp. XVIII à XXI

¹⁰⁶ X., "Immersion dans le Liège des toxicomanes", *La Libre*, 2013 disponible sur <https://dossiers.lalibre.be/toxicomanie-a-liege/>

¹⁰⁷ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 12 - Répartition horaire de la fréquentation de la SCMR, p. XXII

¹⁰⁸ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 13 - Le périmètre de réalisation des maraudes aux alentours de la SCMR, p. XXII

Procurer un environnement sain et sécurisé

En 2010, lors de l'enquête effectuée par Eurotox (2010) à Liège par la ville auprès des usagers de rue, 82% des usagers de drogues injecteurs (UDI) rencontrés, affirmaient qu'il était difficile de trouver des seringues le week-end et 63% n'en trouvaient pas¹⁰⁹.

Ainsi, la SCMR a pour deuxième objectif spécifique de procurer un environnement sain et sécurisé pouvant diminuer les risques et améliorer les conditions d'hygiène de la consommation des drogues. Pour se faire, plusieurs activités sont mises en place, telles que :

- ❖ Groupe d'éducation par les pairs : La salle a mis en place un groupe d'éducation par les usagers, pour transformer la cocaïne en crack, en utilisant le bicarbonate (substitut de l'ammoniaque) une pratique plus saine. Ainsi, de novembre 2018 à décembre 2019, 558 gélules de bicarbonate ont été délivrées pour les consommations internes. Ensuite, un groupe d'usagers volontaires a accepté d'être formé à la bonne pratique du lavage de main, pour répandre celle-ci auprès de leurs camarades. Désormais, le quart et parfois le tiers des passages en salle d'injection, se fait d'abord par un lavage des mains.¹¹⁰
- ❖ Réduction des risques : Plusieurs actions sont mises en place pour la réduction des risques, comme la mise à disposition de matériel stérile (13.813 seringues), la proposition de conseils sanitaires, la surveillance attentive (obligatoire et permanente) et la formation de groupe d'usagers volontaires pour la bonne pratique du lavage de main. Des chiffres encourageants montrent que le nombre de conseils prodigués a chuté de 66% entre le premier mois d'ouverture de la SCMR et décembre 2019¹¹¹.
- ❖ Échange de matériel stérile : Le principe de cette activité est d'échanger les seringues utilisées en rue, des usagers inscrits à la SCMR, contre des matériaux stériles, y compris pour l'inhalation et la préparation du crack. L'équipe de la SCMR a distribué 3.353 seringues stériles, et en a récupéré 2.783, soit un taux de récupération de 83 % (seulement les seringues usagées complètes). Dans le même temps, 1.297 feuilles d'aluminium et 285 stérifilts ont été distribués.
- ❖ Mise en place d'une surveillance constante (milice): Afin d'assurer la sécurité de tous, dans la salle et aux abords, un règlement intérieur, un contrat d'utilisation et une fiche de sanctions ont été rédigés. L'équipe doit veiller à ce que ces différents contrats soient

¹⁰⁹ Eurotox & Modus Vivendi. (2010). *Usagers de drogues par injection*, p. 228., disponible sur https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/2008/09/etude_seringues_besoin_offre.pdf

¹¹⁰ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 14 - Nombre de lavages des mains avant consommation, p. XXIII

¹¹¹ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 15 - Évolution des conseils en RdR, p. XXIII

respectés tout en tenant compte des objectifs poursuivis par la SCMR et de l'importance du lien thérapeutique et/ou social à conserver et à renforcer avec les usagers. De septembre 2018 à décembre 2019, 135 contraventions ont été réalisées et sanctionnées, dont 53 ont donné lieu à des exclusions définitives¹¹², dont 24% de ces exclusions se sont suivis d'une réadmission¹¹³. Ainsi, moins de 8% des inscrits ont été définitivement exclus.

Réduire la morbidité ainsi que la mortalité, et stabiliser et améliorer l'état de santé

Durant les années '90, le taux d'infection sur les personnes qui consommaient de la drogue par injection a connu une hausse dans le monde, mais tend à diminuer ces dernières années¹¹⁴. Malgré tout, d'après le rapport d'activité de la SCMR (18-19), les groupes de consommateurs restent touchés par certains virus. L'injection de drogues serait responsable de 1,5 % des nouveaux cas dépistés de VIH, de 1,2 % de tuberculoses et de 85 % pour l'hépatite C. De plus, entre 2011 et 2013, 39 overdoses mortelles ont eu lieu dans la Province de Liège dont 35 à Liège même. Pareillement, la SCMR a pour troisième objectif de réduire la morbidité et la mortalité étant associées l'usage de drogues. Avec pour le long terme, l'ambition de stabiliser et d'améliorer l'état de santé des usagers. Afin de répondre à cet objectif, différentes activités sont mises en place :

- ❖ Les bonnes pratiques : l'équipe soignante suit des consignes claires concernant les procédures à suivre en cas d'incident. Elle a de même été longuement formée (environ 7 formations) dont la réanimation et dispose du matériel nécessaire pour cela: défibrillateur, bonbonne à oxygène, etc. Aujourd'hui, aucun décès par overdose n'est à déplorer dans la SCMR. La salle a enregistré 7 intoxications ; 2 overdoses d'héroïne, ayant nécessité une injection d'antidote (NARCAN) par le SMUR ; et 1 overdose de cocaïne.
- ❖ Soins infirmiers et mise en place de protocole : sur 16 mois d'activités, 1.539 soins ont été prodigués aux usagers de la SCMR, suivi de 31 transferts vers les hôpitaux¹¹⁵. Afin

¹¹² Cfr. Annexe n°3 : Figure : 16 - Échelle des sanctions, p. XXIII

¹¹³ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 17 - Les demandes de révision, p. XXIV

¹¹⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Belgium Drug Report 2019, pp. 2 à 28., disponible sur https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11345/belgium-cdr-2019_0.pdf

¹¹⁵ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 18 - Évolution des soins infirmiers au sein de la SCMR, p. XXIV

d'améliorer la prise en charge des usagers, un suivi des plaies de ceux-ci a été mis en place.

- ❖ Consultation médicale : lors de l'inscription des usagers, un dossier médical est ouvert, suivi d'une anamnèse de la part de l'équipe infirmière. Ainsi, 336 consultations de médecine générale ont été offertes aux usagers de la SCMR. Celles-ci ont abouti à 38 hospitalisations.
- ❖ Examens médicotechniques : durant les 16 mois, avec l'intervention de services spécialisés, ils ont détecté 17 intradermo-réactions à la tuberculine, 3 tuberculoses, réalisés 22 prises de sang et des dépistages VIH et d'Hépatite C.
- ❖ Cas cliniques : des parcours d'aide et soins personnels sont disponibles pour les usagers dans le besoin. Depuis l'ouverture, le personnel de la fondation a permis 491 entretiens thérapeutiques ; 300 suivis médico-sanitaires, la plupart avec accompagnement des personnes ; 386 orientations sociales.
- ❖ Bien-être : en fonction des compétences de certains membres du personnel, des ateliers destinés aux usagers afin d'améliorer leur quotidien sont mis en place: la coiffure, la manucure, la pédicure, massage assis, gommage, massage visage, massage crâne. Ce sont 217 services qui ont été réalisés, dont 160 pour la coiffure.

b) La réduction des risques d'ordre public

Réduire l'usage des drogues dans l'espace public et les nuisances associées

Entre 2016 et 2017, la police locale a constaté une augmentation de 25,9% du nombre de verbalisations dressées pour faits de stupéfiants, allant de 1.745 PV à 2.197.

- ❖ Gestion générale de la SCMR : l'ouverture de la SCMR permet aussi de réduire l'usage des drogues dans l'espace public. En effet, ce sont 20.688 actes de consommation enregistrés dans la salle, soit autant d'actes de consommation en moins dans les rues.
- ❖ Principe d'échange : Ce sont donc 3.353 seringues distribuées sous le principe d'échange et 2.783 seringues en moins dans les rues (taux de récupération de 83%).
- ❖ Maraudes réalisées par l'équipe SCMR : en 2019, lors de sorties, 175 seringues ont été ramassées.

- ❖ Eduquer les usagers : les flyers distribués dans la SCMR auprès des usagers et lors des rondes pour les consommateurs de rue, permet de sensibiliser les individus aux services de la SCMR.

Prévenir la criminalité dans et aux abords des locaux de consommation

L'activité présentant la mise en place d'une surveillance constante visait deux objectifs :

- Le fait de procurer un environnement sain et sécurisé pour tous
- Réduire les risques d'ordre public

Ainsi, comme énoncé ci-dessus, des contrats sont signés auprès des usagers concernant le règlement intérieur, le contrat d'utilisation et les sanctions auxquelles ils peuvent être éligibles. Enfin, d'après la police locale, sur le périmètre définis de la SCMR, aucune variation notable sur la délinquance en général et sur la toxicomanie n'a pu être établie. L'inscription étant anonyme, aucune corrélation ne peut se faire entre la délinquance des usagers de la SCMR et des consommateurs externes.

Pour faciliter la suite de l'étude, et faciliter la cartographie des impacts sociaux, différentes activités ont été attribuées à une catégorie spécifique : la proposition de service sociaux, le conseil et l'éducation (injection et santé), l'intervention médicale (prise en charge directe), service de santé de base, mise à disposition du matériel d'injection, la supervision des consommateurs, et les employés "rôdeurs", que vous retrouvez au point 5.

4. Le modèle économique

a) La structure des coûts

D'après les comptes annuels de la fondation TADAM, nous retrouvons le Bilan 2019 et le compte de résultat.

D'après le Bilan 2019 simplifié¹¹⁶, le fond de roulement (-144.175 €) est déficitaire, les capitaux permanents ne financent qu'en partie les immobilisations. Le problème survient notamment suite à la perte de l'exercice précédent. Il existe un besoin important de capitaux. De plus, le Besoin en fond de Roulement (BFR), de -184.417 €, de la fondation peut montrer que celle-ci

¹¹⁶ Cfr. Annexe n°3 : Tableau 7 : Le bilan 2019 simplifié, p. XXV

n'a aucune difficulté à financer son cycle d'exploitation. Or, les stocks sont inexistant et un BFR négatif montre aussi un encours de dettes important, ce qui est le cas. Les dettes favorisent la trésorerie.

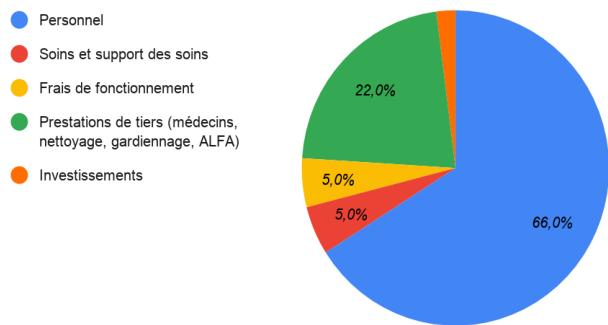
Afin de comprendre davantage la situation financière de la Fondation TADAM, et donc de la SCMR, nous nous pencherons sur le compte de résultat. Malheureusement, n'ayant pas accès aux détails des coûts, nous savons d'après les propos de Dominique DELHAUTEUR¹¹⁷, qu'en théorie le coût principal de la SCMR en 2019 est le personnel de la structure (à 66%) suivi de prestataires externes à hauteur de 22%.

En effet, les frais de personnel représentent 66% du budget et atteignent 611.473€ pour l'année 2019. Pour cette même année, 11 personnes sont employées en CDI pour un coût salarial horaire complet de 32,2€/h¹¹⁸.

Ensuite, le compte de résultat des exercices 18-19¹¹⁹ montre que les charges d'exploitations, pour 2018, s'élevaient à 405.433 € et en 2019 celles-ci ont plus que doublé et atteignent 927.097 € (dû à une activité plus faible en 2018 qu'en 2019). Les charges étaient donc plus importantes en 2019. Nous nous apercevons qu'en 2018 les subsides finançaient à hauteur de 71% les charges d'exploitation, le restant dû a été reporté dans l'exercice suivant. Ainsi, en 2019, 90% des charges d'exploitations sont financées par les subsides permettant de réduire le résultat négatif de fin d'année par rapport à l'année 2018. De plus, les produits financiers perçus ont pu redresser le résultat de l'exercice 2019.

Figure : 19 – Répartition des coûts

Répartition des coûts - 2019



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

¹¹⁷ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

¹¹⁸ Cfr. Annexe n°3 : Tableau : 8 - Coût du personnel, p. XXV

¹¹⁹ Cfr. Annexe n°3 : Tableau : 9 - Le compte de résultat simplifié, p. XXVI

b) Le financing mix

Le financing mix¹²⁰ (mixité de ressources) est utilisé aussi bien dans les entreprises classiques privées capitalistes que dans les entreprises sociales¹²¹.

> Les ressources monétaires :

Dans les ressources monétaires de l'organisation, nous retrouvons les subsides à hauteur de 830.000 euros pour l'année 2019, octroyés par la Région Wallonne. Le montant était de 286.000 € pour l'année 2018. Nous nous apercevons que les subsides ne permettent pas de couvrir l'entièreté des coûts. Afin de palier à cela, 2% du budget de la SCMR est investi et rapporte, d'après le compte de résultat, 15 000€ (il s'agit des produits financiers usuels pouvant être des intérêts sur comptes bancaires, titres à revenus fixes, obligations, dividendes, etc.). Les ressources non marchandes de la Fondation TADAM sont constituées d'aides publiques et de produits financiers.

> Les ressources non monétaires :

La SCMR ne possède aucun bénévole. Il n'y pas de bénévole pour épauler les aides soignant.es, car le minimum pour que la SCMR fonctionne est de 4 personnes. Dès lors, le fait de s'appuyer sur des bénévoles pour ouvrir n'est pas envisageable, et ceux/celles-ci ne sont pas toujours disponibles. Cependant, malgré la présence de quatre aides-soignante.s une cinquième personne pourrait réduire la charge de travail des employé.es. Toutefois, des stagiaires en infirmerie interviennent. A titre d'exemple, 7 stagiaires étaient présents en novembre. Cependant ceux/celles-ci ne sont pas présent.es tous les mois. Ainsi, les ressources non monétaires de la Fondation TADAM se constituent principalement d'une valorisation du travail non monétaire. Pour terminer, afin de corriger le résultat négatif des prochains exercices, une démarche active et diversifiée de recherche de ressources s'impose.

¹²⁰ Moreau C., Mortier Q. (2017). L'ÉCONOMIE SOCIALE EN PRATIQUES : Projet SECOIA : pratiques spécifiques des entreprises d'économie sociale et analyse des impacts générés, p. 48., disponible sur <https://orbi.uliege.be/handle/2268/219562>

¹²¹ La mixité de ressources est davantage marquée dans les entreprises d'économie sociale, elles mobilisent des ressources non marchandes (aides publiques, philanthropie, soutiens entre entreprises d'économie sociale, financement participatif, etc.) et des ressources implicites (bénévoles, volontaires, renoncement de travailleurs à une rémunération plus élevée,etc.).

5. La cartographie des impacts sociaux

De par les derniers points présentés, nous avons pris connaissance des bénéficiaires de la SCMR, les parties prenantes (plus ou moins proches), établi la problématique sociale, la mission sociale, et analysé le modèle économique de la salle.

Désormais nous allons cartographier les impacts de la SCMR sur ses parties prenantes, afin de réduire le périmètre des impacts que nous allons mesurer, ce qui soulagera la phase de collecte de données, son analyse et la présentation des résultats.¹²² Le cadre logique a ainsi été utilisé¹²³, celui-ci nous a permis de ressortir les impacts potentiels que la SCMR peut générer. Pour résumer le cadre logique et faciliter la lecture des impacts, retrouvez la mind map en annexe 3, figure 20¹²⁴ et 21¹²⁵.

Pour s'ajuster aux contraintes temporelles et aux ressources disponibles, les impacts qui seront principalement étudiés sont ceux revenant régulièrement dans le cadre logique, pouvant générer un impact fort pour le gouvernement local et étant fortement touchés par les activités de la SCMR.

C'est pourquoi, nous étudierons :

- L'amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé) ;
- La diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers ;
- L'amélioration de la qualité de vie de la population résidant aux abords et dans le périmètre de la salle ;
- La diminution des interventions des agents de l'autorité ;
- L'amélioration des conditions des entreprises (attractivité, et conditions de travail).

¹²² (Im)prove & Fondation Rexel. (2015). *Guide de la mesure d'impact social*, pp. 24 à 29., disponible sur https://www.rexelfoundation.com/sites/default/files/fondation_rexel_-_guide_de_la_mesure_dimpact_social.pdf

¹²³ Cfr. Annexe n°3 : Tableau 10 : Le cadre logique, pp. XXVII à XXXI

¹²⁴ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 20 : Mindmap des impacts, p. XXXII

¹²⁵ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 21 : Mindmap des impacts, simplifiée, p. XXXIII

C. Les coûts et bénéfices de la SCMR pour la société

1. Estimation de l'impact suite à la présence de la SCMR

De par les données obtenues dans la section suivante, nous vous proposons un tableau récapitulatif des impacts pouvant être rencontrés.

Amélioration de l'état de santé des usagers	> Possibilité d'une diminution du nombre d'infections pour les usagers > Déduction de l'amélioration des conditions vie des usagers > Aucune overdose mortelle dans la SCMR
Amélioration de l'état psychique suite à la fréquentation de la SCMR	> 386 orientations sociales > Taux de fidélisation de 18% > 217 services de bien-être proposés > 1539 soins prodigues > 571 individus se sentent potentiellement mieux
Diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers pour venir en aide aux consommateurs	> Vancouver : durée d'hospitalisation diminuée pour les usagers (4 jours) par rapport aux toxicomanes non-usagers (12 jours) > Sydney : depuis la création de la SCMR, une baisse 68% des interventions ambulancières > Liège : 30% des cas de surdoses se suivent d'une intervention du SMUR dans la SCMR
Libération de temps des agents de l'autorité au vu d'une réduction de la toxicomanie en rue et de faits de délinquance	> Aucune constatation flagrante n'a été reportée pour faits de trafic de drogues, de vols ou d'agressions aux alentours de la SCMR
Amélioration de la qualité de vie de la population résidant aux abords et dans le périmètre de la salle	> La qualité de vie dans le quartier est évaluée à 6/10 > La majorité des habitants restent optimiste quant à l'efficacité de la SCMR
Amélioration de l'attractivité des entreprises locales	> 69% des commerçants estiment que l'attractivité de leur commerce est bonne sans constater une grande amélioration
Amélioration des conditions de travail pour les entreprises locales	> 62% des commerçants approuvent l'installation de la salle à Liège > La qualité de vie dans le quartier est évaluée à 6/10 > 1 commerçant sur 2 estime que le quartier n'est pas sécurisé

Amélioration de l'état de santé des usagers

En Belgique, nous rencontrons aujourd'hui une diminution de la dégradation de l'état de santé des usagers. Cependant, les données liées à la diminution du nombre de personnes testées positives au VIH sont à prendre avec des pincettes. D'après l'EMCDDA (2019), ces chiffres ont été étudiés seulement dans une partie de la Belgique où une mise à disposition de seringues stérilisées se fait. Depuis 2006 en Belgique, nous remarquons une forte baisse du nombre de

nouveaux diagnostics de VIH attribués à l'injection (-53%), et une distribution de seringues stériles plus importante (1,2 millions en 2017).¹²⁶

De même, l'accessibilité à du matériel stérile permet de prévenir les risques de contaminations VIH/VHC au sein de la population d'usagers injecteurs, et permet de promouvoir le “shoot propre”¹²⁷. En prenant ces propos, nous pouvons affirmer que la proposition de seringues stériles pour une utilisation dans la structure a permis 7.517 injections sécurisées et 43.627 injections¹²⁸ pouvant être sécurisées. Ces données montrent que la proposition de seringues stériles **permettrait de réduire le nombre d'infections.**

De plus, le dépistage reste primordial pour réduire la propagation de l'infection, d'autant plus que les personnes s'injectant des drogues (PWID) courrent un risque élevé d'être infectées par l'hépatite C car la consommation de drogues injectables est le principal mode de transmission du VHC en Europe¹²⁹. Une étude a été réalisée à Bruxelles pour estimer le nombre de personnes pouvant être infecté par le VHC. D'après Van Baelen et al. (2020)¹³⁰, basée sur des chiffres de 2019, un échantillonnage a été réalisé auprès d'utilisateurs de PWID et d'opiacés à haut risque (HROU). Ils ont répondu à un questionnaire et ont subi un test rapide du VHC. Pour les 253 répondants¹³¹, l'estimation pondérée de la population montre que 43,4% ont contracté le VHC. Il y a cependant des limites liées à cette étude, car les données trouvées ne nous permettent pas de déterminer la raison de l'infection par le VHC (elle peut être due à la consommation de drogues, à un rapport sexuel ou autre). Cependant, une étude¹³² de 2016 estime qu'environ 160 PWID pourraient être infectés par le VHC en plus chaque année jusqu'en 2030, en Belgique.

Aujourd'hui il est important de dépister le plus tôt possible car, grâce aux traitements disponibles, une prise en charge rapide prévient l'évolution du virus. La rapidité du dépistage, si le traitement fonctionne, permet à la personne **d'avoir une meilleure espérance de vie**, (ou

¹²⁶ EMCDDA. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*, pp. 7 à 8.

¹²⁷ EMCDDA. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*, p. 1.

¹²⁸ 43 627 injections pouvant être sécurisées inclut les 37 331 seringues distribuées par Accueil Drogues, les 2 943 seringues distribuées lorsqu'Accueil Drogue était fermée et 3 353 distribuées par la SCMR en tant que plateforme d'échange.

¹²⁹ EMCDDA. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*, pp. 7 à 8.

¹³⁰ Van Baelen, L., Plettinckx, E., Antoine, J., & Gremiaux, L. (2020). *Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels—a respondent-driven sampling survey*, disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035658/>

¹³¹ Un total de 253 répondants ont participé à l'étude, dont 168 étaient PWID et 238 étaient HROU, avec 153 répondants appartenant aux deux catégories. La moyenne de l'échantillon pour les anticorps anti-VHC était de 41,1% et les estimations pondérées de la population étaient de 43,4% pour RDS-SS (échantillonnage séquentiel). Cette prévalence reste inférieure aux estimations rapportées ailleurs en Europe, et peut-être le résultat de travaux considérables pour réduire les méfaits chez les PWID (Van Baelen et al., 2020). Cependant, il est nécessaire de continuer ces efforts afin d'atteindre l'objectif fixé par l'OMS pour 2030 étant de réduire le VHC de 90%.

¹³² Matheï, C., Bourgeois, S., Blach, S., et al. (2016). *Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium*, pp. 2 à 17., disponible sur <http://cdafound.org/publications-content/papers/Mathei%202016%20-%20HCV%20burden%20among%20PWIDs%20in%20Belgium.pdf>

une espérance de vie similaire à une personne négative à un virus) et d'**éviter de transmettre le virus** à d'autres individus pour quelconques raisons¹³³. C'est pourquoi, un service de santé de base a été mis en place auprès des usagers de la SCMR, afin de réaliser des consultations, permettre le dépistage et proposer un traitement.

Il en va du même constat pour la diminution du taux de mortalité suite à une surdose d'usage de drogue(s) chez les adultes âgés de 15 à 64 ans entre 2009 et 2014 (-61%)¹³⁴. Cependant, aucune donnée n'est disponible quant aux cas de surdoses non-mortelles et mortelles ces dernières années en Province de Liège. Nous pouvons seulement affirmer qu'aucune overdose mortelle n'est à déclarer dans la SCMR de Liège.

A titre d'exemple, depuis la création des SCMR dans le monde aucun cas d'overdose mortelle ne s'est produit dans un centre de consommation. Le nombre d'overdoses mortelles à même chuté de 35% depuis l'ouverture d'une salle à Vancouver.¹³⁵

Dès lors, d'après ces données nous pouvons supposer que les bénéficiaires de la SCMR de la Ville de Liège contracteraient moins d'infections, ce qui permettrait d'améliorer leurs conditions de vie et d'éviter la propagation du/des virus. Aucune overdose mortelle n'a été enregistrée dans la SCMR de Liège mais aucune donnée n'est disponible pour connaître l'évolution d'overdose et même de surdose à l'extérieur de la salle, depuis son installation.

Amélioration de l'état psychique suite à la fréquentation de la SCMR

Malheureusement, compte tenu de la situation pandémique en cette année 2020, aucune enquête auprès des usagers n'a été réalisée afin d'évaluer leur bien-être. De plus, “*les usagers eux-mêmes, qui sont passés au travers du confinement, sont rétifs à se laisser questionner par des inconnus.*”, d'après les propos de Dominique DELHAUTEUR.¹³⁶

L'enquête auprès des bénéficiaires aurait pu se baser sur l’“Indicateur du vivre mieux” de l’OEC (indicateur de bien-être)¹³⁷, celui-ci reprend : le logement, le revenu, l'emploi etc.

¹³³ Hépatites Info Service (2019), *Hépatite C : symptômes, diagnostic et traitements*.
<https://www.hepatites-info-service.org/hepatite-c/>

¹³⁴ EMCDDA. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*, pp. 11 à 12.

¹³⁵ Marshall BD, Milroy MJ, Wood E, Montaner JS, 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*.

¹³⁶ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

¹³⁷ *Votre Indicateur Du Vivre Mieux.* (2020). <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>.
<http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/belgique-fr/>

Cependant, seul quelques points ont été retenus car beaucoup de bénéficiaires préfèrent rester anonymes et discrets. Ainsi les liens sociaux, la sécurité, la santé, la satisfaction auraient été évalués. D'après les données de l'étude, nous supposons que l'**état de santé** des usagers s'est amélioré grâce au contrôle de la propagation de maladies (17 intradermo-réactions à la tuberculine détectées, 3 tuberculoses, 22 prises de sang, et des dépistages VIH et HC), et l'aide à la gestion des effets négatifs de la consommation de drogues (1.539 soins prodigués dont 31 transferts vers les hôpitaux). Ensuite, les usagers paraissent **satisfait**s au vu du nombre de participations aux ateliers bien-être proposés (217 usagers), malgré un taux de fidélisation¹³⁸ faible pour la consommation. De plus, il existe une amélioration des **liens sociaux** grâce à l'accompagnement apporté pour les injections (2.491 conseils apportés) et l'apport thérapeutique et/ou social (491 entretiens thérapeutiques ; 300 suivis médico-sanitaires ; 386 orientations sociales).

Enfin, nous constatons un apport **sécuritaire** au niveau sanitaire (les surdoses sont directement prises en charges et aucune mortalité n'est à déplorer) et des nuisances (une surveillance constante avec 135 contraventions dressées). Il est donc possible que les activités de la SCMR puissent favoriser l'**amélioration de l'état psychique des usagers**.

De plus, cette affirmation est confrontée par une revue de la littérature. D'après Hedrich (2004)¹³⁹, les services proposés par les salles (notamment les soins médicaux et les conseils psychosociaux) contribuent à la stabilisation et à l'amélioration de la santé somatique et psychologique des bénéficiaires. En effet, d'après son étude, en Allemagne, les usagers ont des expériences positives avec le personnel. Un quart des bénéficiaires interrogés reconnaissent la qualité des services donnés par le personnel au niveau social, juridique et leur attitude sans jugement. 47% des usagers ont évalué le rapport social comme « assez bon » et 48% comme « très bon ».

Nous pouvons aussi constater qu'à Genève¹⁴⁰ et à Sydney¹⁴¹, les taux de satisfaction des usagers sont élevés. Au Quai 9, à Genève, sur une étude de 82 personnes, 49% d'entre eux estiment que la qualité de l'accueil et de l'équipe est bonne, 30% sont reconnaissants de l'écoute portée, et 23% sont satisfaits du matériel d'injection, de la tranquillité et de l'hygiène apportés.

¹³⁸ Le taux de fidélisation varie en fonction de la barre de la fidélité (1 fois par jour au moins = 3,8%, 1 fois par semaine au moins = 18%).

¹³⁹ Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms - Describe DCR history, practice and evidence on individual and public health outcome, p. 96.

¹⁴⁰ Benninghoff, F., Solai, S., Huisoud, T. and Dubois-Arber, F. (2003) Évaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, p. 186.

¹⁴¹ MSIC Evaluation Committee. (2003). Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, p. 233.

Enfin, la motivation de consommation en salle est liée à la tranquillité rencontrée pour s'injecter sans stress, aux conditions hygiéniques favorables, à l'espace dédié (et donc à l'abri de la police) et au sentiment de sécurité suite aux risques d'injection.

Ainsi nous pourrions supposer que 571 individus potentiels (soit le nombre d'inscrits), se sentent écoutés, soutenus et intégrés. Et donc pour qui la qualité de vie s'est améliorée.

Diminution du nombre d'interventions réalisées par les services d'urgences pour venir en aide aux consommateurs

Malgré la prise de contact auprès des hôpitaux partenaires de la SCMR, de l'INAMI, du Relais Social du pays de Liège, de Sciensano, ainsi que le SPF santé publique, très peu d'informations ont été récoltées suite au manque de données (auprès des toxicomanes) et au secret médical. De ce fait, afin d'étayer notre analyse nous vous présentons trois études étrangères sur les SCMR du Canada et d'Australie.

En 2010, une étude a été réalisée en Australie afin de connaître l'impact du MSIC sur le nombre d'appels des ambulances pour overdoses à proximité du centre¹⁴². Au cours des 36 mois précédents l'ouverture de la salle et 60 mois après la création de celle-ci, un total de 20.409 ambulances sont intervenues. Cependant, depuis la création du MSIC, les interventions ambulancières ont fortement chutées (-68%) à proximité de la salle et dans le reste de la Nouvelle-Galles du Sud (-61%). La diminution était davantage importante lors des heures d'ouverture et dans la zone de la MSIC. L'étude conclut qu'en fournissant un environnement sain et sécurisé aux PWID, les salles peuvent permettre de réduire la demande auprès des services d'urgence et de les libérer pour d'autres besoins.

Une autre étude, réalisée à Vancouver entre 2004 et 2008, montre l'impact des soins infirmiers dans la salle auprès des usagers pour les hôpitaux¹⁴³. Sur 1.083 usagers étudiés, 49% rencontraient une infection cutanée liée à l'injection ou à une complication infectieuse associée. La durée d'hospitalisation pour les usagers amenés par une infirmière du centre était

¹⁴² Salmon, A.-M., Van Beek, I., Amin, J., Kaldor, J., Maher, L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. *Addiction*, p. 9.

¹⁴³ Lloyd-Smith, E., Wood, E., Zhang, R., Tyndall, M.-W., Sheps, S., Montaner, J.-S., et al. (2010). Determinants of hospitalization for a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. *BMC Public Health*, p. 7.

relativement plus courte (4 jours d'hospitalisation), par rapport à ceux qui n'ont pas été orientés par elle (12 jours d'hospitalisation), soit une réduction de 67%. Ainsi, les infirmières dans les centres, permettent de fournir une intervention précoce, empêchant davantage les encombrements dans les hôpitaux. Par ailleurs, il s'avère, d'après l'étude réalisée par Kerr et al¹⁴⁴ en 2006, que 39% des cas de surdoses, dans la SCMR de Vancouver, se soldent par l'appel d'une ambulance, alors que ce taux serait supérieur à l'extérieur d'une salle.

Dans la SCMR de Liège, 30% des cas de surdosages sont suivis par un appel aux urgences.

Nous pouvons supposer un désengorgement progressif des ambulances et hôpitaux grâce aux services proposés par la SCMR.

Libération de temps des agents de l'autorité au vu d'une réduction de la toxicomanie en rue et de faits de délinquance

Grâce aux services offerts par la SCMR, nous posons l'hypothèse que la police peut réduire son nombre d'interventions suite à une réduction d'individus victimes de surdoses et de faits de délinquance.

À Liège, lorsqu'un appel est réalisé dû à une surdose, la police intervient exceptionnellement en fonction de la description et de l'état de l'individu présenté. Aucune information pertinente concernant une corrélation entre les interventions des agents de l'autorité et les cas de surdoses sur Liège n'a été trouvée.

Concernant la délinquance à Liège, depuis l'ouverture de la SCMR aucune constatation flagrante n'a été reportée pour faits de trafic de drogues, de vols ou d'agressions.¹⁴⁵

Afin de développer ces propos, nous présenterons deux études réalisées à l'étranger. D'après une étude d'observation réalisée à Sydney¹⁴⁶, aucune différence significative n'a été montrée concernant les infractions (relatives à la drogue) près de la MSIC. Cependant, entre 2001 et 2010, aux abords de la MSIC, il a été constaté une stabilisation de possession et/ou utilisation

¹⁴⁴ Kerr, T., Tyndall, M.-W., Lai, C., Montaner, J.-S., Wood, E. (2008). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. *Int J Drug Policy*. p. 6.

¹⁴⁵ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

¹⁴⁶ NSW Bureau of Crime Statistics and Research. (2010). *Trends in Property and Illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross : An update*, p. 6., disponible sur <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2010-10/apo-nid22857.pdf>

de stupéfiants et de trafic de narcotiques, alors que le trafic de cocaïne et la possession d'amphétamines et de cocaïne sont en augmentation dans Sydney.

Une étude sur l'impact de l'ouverture du CIS (centre d'injection supervisé) à Vancouver sur la criminalité locale par rapport au reste de la ville confirme ces propos¹⁴⁷. Depuis l'ouverture du CIS aucune augmentation notable n'est à signaler aux abords de la salle, concernant l'évolution du taux de trafic de drogues, d'agressions ou de vols à main armée¹⁴⁸. Il existe même une diminution d'effraction de véhicules.

Enfin, ces études montrent une stabilisation de la délinquance depuis l'installation d'un centre.

Augmentation du bien-être de la population résidant aux abords et dans le périmètre de la salle.

Pour l'analyse des impacts sur la population et les entreprises aux abords et dans le périmètre de la salle de consommation, nous nous baserons sur l'étude réalisée par l'Observatoire de la Ville de Liège qui nous a été présentée par Manon REYNDERS¹⁴⁹. Les données détaillées de l'étude peuvent être consultées dans l'annexe 4¹⁵⁰.

L'enquête présentée montre que les riverains sont d'avis à apprécier la vie dans le quartier, avec une moyenne de 6/10 pour les trois périodes évaluées. Les bons côtés ressortis sont la proximité avec le centre (37%) et la propreté du quartier (55%). Cependant, les riverains rencontrent des nuisances sonores (55%). De plus, malgré une amélioration des chiffres, les riverains se plaignent de la consommation de drogues constatée en rue (45%), de la présence d'individus sous l'emprise de drogues (60%) et 40% des répondants estiment que les seringues sur la voie publique restent un problème récurrent¹⁵¹. Concernant la sécurité, aucune grande évolution n'est à noter quant à la détérioration ou à l'amélioration de cet indicateur. La majorité des habitants (56%) se sentent toujours en insécurité dans leur quartier.

¹⁴⁷ Freeman, K., Jones, C.-G., Weatherburn, D.-J., Rutter, S., Spooner, C.-J., Donnelly, N. (2005). The impact of the Sydney medically supervised injecting centre (MSIC) on crime.

¹⁴⁸ Wood, E., Tyndall, M.-W., Lai, C., Montaner, J.-S., Kerr T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. Subst Abuse Treat Prev Policy, p. 4.

¹⁴⁹ Entretien avec Manon REYNDERS, Gestionnaire de projet, à l'Observatoire Liégeois des Drogues, le 2 juin 2020.

¹⁵⁰ Cfr. Annexe n°4: Tableau : 11 - Etude auprès des habitants/commerçants visant à connaître leur appréciation de la qualité de vie sur leur quartier. Méthodologie de l'enquête: Définition du périmètre potentiellement impacté directement, création d'un questionnaire regroupant des éléments locale E.L.I.S.E et du manuel "Nuisances publiques liées aux drogues et à la prostitution" du CIPC. L'enquête a été réalisée sous forme de questionnaire anonyme (rencontre directe ou demande par courrier postal) évaluant trois périodes T0 (avant l'ouverture de la SCMR) /T1 (6 mois après l'ouverture) /T2 (1 an après l'ouverture), c'est-à-dire entre 2018 et 2019, p. XXXIV

¹⁵¹ Cfr. Annexe n° 4 : Figure : 22 - Problèmes du quartier (habitants), p. XXXV

L'évaluation des habitants, quant à l'initiative de la SCMR, montre que 63% des habitants en T2 (contre 75% en T0) estiment que la salle est une “une bonne chose”. La baisse d'optimisme constatée vis-à-vis du projet, entre T0 et T2, peut s'expliquer par deux points :

- Un manque d'intérêt des riverains à l'égard de l'initiative (en T2, 26% des répondants ne connaissent toujours pas la SCMR).
- Les changements positifs ne sont pas assez importants et rapides pour les riverains (les riverains ne croient plus en une diminution de l'usage de drogues dans les lieux publics (-39%), une responsabilisation des usagers (-18%) et pensent qu'elle inciterait à la première consommation (+74%)).

Cependant, les habitants restent majoritaires quant à la croyance d'une diminution du nombre de seringues dans les rues (41%), que la salle permettrait de responsabiliser les usagers (41%) et qu'elle n'inciterait pas les usagers à se droguer (44%).

Lors de l'étude, la Salle de Consommation à Moindre Risque n'était ouverte que depuis un an. Les effets positifs sur la population ne peuvent se voir qu'après un certain nombre d'années comme l'explique Manon REYNDERS¹⁵². Actuellement, aucun changement important sur la qualité de vie dans le quartier n'est à signaler. Malgré une légère dégradation sur l'espérance d'efficacité de la SCMR, celui-ci reste positif et majoritaire.

Par ailleurs, même si les plaintes dues aux seringues qui jonchent le sol, à la consommation dans les lieux publics et aux individus étant sous l'emprise de la drogue restent importantes, les chiffres tendent à s'améliorer, légèrement.

Certaines études démontrent que les salles de consommations peuvent avoir des effets positifs sur le nombre de seringues jetées, les déchets liés aux drogues, et les nuisances visuelles¹⁵³. Ainsi, ces effets pourraient aider à améliorer la qualité de vie des habitants, dans quelques années.

¹⁵² Entretien avec Manon REYNDERS, Gestionnaire de projet, à l'Observatoire Liégeois des Drogues, le 2 juin 2020.

¹⁵³ Boland, P., Fox-Rogers, L., McKay, S., & Murtagh, B. (2018). *Illegal geographies and spatial planning: developing a dialogue on drugs. Territory, Politics, Governance*, p. 28., disponible sur <https://doi.org/10.1080/21622671.2018.1503092>

Amélioration de l'attractivité des entreprises locales

Les entreprises dans le périmètre de la SCMR peuvent être confrontées à certains problèmes dus à l'usage de drogues dans leur structure (vols, mendicité, attitude déplacée, ventes, demande d'aluminium, etc.)¹⁵⁴. Nous constatons qu'en T2, 27,5% des commerces subissent, parfois, des problèmes liés aux individus sous l'emprise de drogues, soit une augmentation de +35,5% par rapport à T1. Nous pouvons constater une augmentation des nuisances.

Ensuite, l'activité commerciale des entreprises reste bonne pour 69% des répondants en T2, contre 74% en T0. Cette baisse peut s'expliquer par une diminution de la fréquentation ressentie par 15% des commerçants. Il existe une diminution perçue de l'activité commerciale, cependant il est difficile d'évaluer le lien de corrélation entre la présence de la SCMR et cette diminution. D'autres facteurs sont à prendre en compte, comme la réputation des quartiers, la gestion du commerce, la situation par rapport au centre-ville, etc.

D'après les données, nous constatons une augmentation des nuisances et une diminution de l'attractivité des entreprises, mais il est difficile d'évaluer le lien de corrélation entre la présence de la SCMR et ces effets. Actuellement, aucun impact positif et négatif n'est objectivé quant à l'installation de la SCMR dans le périmètre.

Amélioration des conditions de travail pour les entreprises locales

D'après l'enquête réalisée par l'Observatoire de la Ville de Liège, les commerçants estiment qu'il fait bon vivre dans le quartier avec une moyenne de 6/10 sans augmentation ni diminution particulière entre les différentes périodes évaluées. Par ailleurs, en T2 les commerçants mettent en avant le bon voisinage et la proximité avec le centre. Cependant, 1 commerçant sur 2 estime que le quartier n'est pas sécurisé (sans amélioration ni détérioration sur les 3 périodes) et la tranquillité s'est dégradée entre T0 et T2 (-17%).

Nous constatons que la consommation de drogues dans la rue (61%) et les individus sous l'emprise de la drogue (66%), restent des problèmes importants et constants, malgré une légère diminution entre T0 et T2.

¹⁵⁴ Cfr. Annexe n°4 : Figure : 23 - Confrontations au sein de l'établissement lié à des usagers de drogues (entreprises locales), p. XXXV

Le deal (49%) et les seringues laissées (44%) sur la voie publique sont des problèmes récurrents pour les répondants, les seringues abandonnées constituent même une augmentation, en T2, de 12,19%.¹⁵⁵

Avant l'installation de la SCMR, 49% des commerçants n'approuvaient pas l'installation de la salle, aujourd'hui seulement 38% des répondants restent perplexes. La majorité des commerçants pensent que la SCMR permet de diminuer l'usage de drogue dans les lieux publics et de réduire le nombre de seringues abandonnées. De plus, malgré une diminution la plupart des commerçants en T2 estiment que la salle n'incite pas à une première consommation (55%) ni à une augmentation de celle-ci (45%) et permettrait de responsabiliser (49%) davantage les utilisateurs.

Malgré d'importants points négatifs liés à la consommation de drogues dans la rue, du nombre de seringues abandonnées, du deal et d'individus sous l'emprise de la drogue, les commerçants restent optimistes quant aux impacts positifs de la SCMR. Cependant, aucune amélioration des conditions de travail n'est observée.

¹⁵⁵ Cfr. Annexe n° 4 : Figure : 24 - Problèmes du quartier (entreprises locales), p. XXXVI

2. Quel est le coût pour la société d'intégrer une SCMR ?

La figure ci-dessous nous précise les impacts financiers que peuvent engendrer les activités de la SCMR sur le gouvernement local. Lors de l'étude de coût des impacts potentiels, tous ne seront pas étudiés car il est difficile d'estimer tous les effets retour. Ainsi, nous étudierons **les coûts pouvant être évités par la réduction des risques et la réduction des coûts des services d'hospitaliers** grâce à une mise en place de la SCMR de Liège.

Amélioration de l'état de santé des usagers	<ul style="list-style-type: none"> > Réduction des coûts suite aux infections, aux virus (traitements) > Réduction des coûts des services de prise en charge des individus consommateurs de drogues
Amélioration de l'état psychique des usagers suite à la fréquentation de la SCMR	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Diminution des coûts CPAS (grâce à une intégration/insertion)</i>
Diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers pour venir en aide aux consommateurs	<ul style="list-style-type: none"> > Diminution des coûts de prestation de soins > Diminution des coûts par la réduction d'interventions d'urgences
Libération de temps des agents de l'autorité au vu d'une réduction de la toxicomanie en rue et de fait de délinquances	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Baisse des coûts de la police locale</i>
Amélioration de la qualité de vie de la population résidant aux abords et dans le périmètre de la salle	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Diminution de la désertion du quartier</i> > <i>Aucune chute de la valeur immobilière du quartier (voir amélioration)</i>
Amélioration de l'attractivité des entreprises locales	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Diminution du nombre de faillite</i> > <i>Baisse des coûts pour la région wallonne (diminution des aides et subsides envers les entreprises)</i>
Amélioration des conditions de travail pour les entreprises locales	<ul style="list-style-type: none"> > <i>Amélioration du bien-être des améliorations (baisse des accidents de travail)</i>

Améliorer l'état de santé des usagers

Améliorer l'état de santé des usagers permettrait de réduire les coûts liés aux infections, aux virus et aux services prenant en charge les individus consommateurs de drogues.

Les individus les plus à risque d'être infectés par le VIH et le VHC sont les PWID. Ainsi, pour cette partie, nous étudierons le coût que peut représenter un PWID infecté par le VIH et/ou le VHC¹⁵⁶.

➤ Coût de santé pour une infection du VHC et/ou du VIH

Afin d'étudier le coût que peut représenter une infection liée au VHC et/ou au VIH tout en mettant en place les distributions de seringues, nous devons prendre en compte le nombre de seringues distribuées, le coût des seringues, les expositions au virus (VIH et/ou VHC), et le coût des traitements.

Nombre de seringues distribuées : sur le territoire communal liégeois, en 2018, 37.331 seringues distribuées par Accueil Drogues, autant qu'en 2019 environ. De plus, en 2019, ce sont 13.813 injecteurs stériles qui sont distribués par la SCMR dont 45.5% pour une consommation à l'extérieur du centre. Nous avons donc 6.296 injections à l'extérieur, et 7.517 injections à l'intérieur. Ainsi, nous pouvons estimer à 51.144 le nombre d'injections, dans la Ville de Liège en 2019, sans la SCMR. Cependant les chiffres ne tiennent pas en compte les incidences que peuvent avoir l'absence des services de la SCMR, une injection plus fréquente, l'échange de matériels, etc.

Coût des seringues : d'après l'étude de Modus Vivendi de 2016, 5 injections quotidiennes avec l'ensemble du matériel (seringue, tampon alcool, eau, cuillère, filtre tampon sec, acidifiant) coûtent environ 7€ à la Région Bruxelloise ou à la Région Wallonne. Ainsi pour une injection cela revient environ à 1,40€ de matériel d'injection¹⁵⁷.

Exposition aux virus (VIH et VHC) : depuis 2006 en Belgique, nous remarquons une forte baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH attribués à l'injection. Cependant, d'après les données de 2017 la prévalence du nombre de PWID pouvant contracter le VIH sur

¹⁵⁶ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 12 - Statistiques descriptives pertinentes de la ville de Liège, p. XXXVI

¹⁵⁷ Modus Vivendi. (2016). *20 ans d'échange de seringues en Belgique Francophone: Quel dispositif d'accès au matériel d'injection à Bruxelles et en Wallonie? (Carnet du risque n°48)*, pp. 53 à 54., disponible sur https://www.modusvivendi.be.org/IMG/pdf/carnetrisque_damsi_bxl_walonnie_2016-janv2017.pdf

1 million était de 0.6¹⁵⁸. De plus d'après une étude réalisée en 2016¹⁵⁹, le nombre de nouvelles personnes PWID pouvant contracter le VHC en 2017, en Belgique, serait de 160 individus.

En 2015¹⁶⁰ la ville de Liège enregistrait 196.372 habitants et TADAM estime 4.000¹⁶¹ toxicomanes, consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne, présents dans la Province de Liège, dont la moitié à Liège même. De par ces chiffres, nous pouvons estimer le nombre de cas de PWID atteints par le VIH à 0,06/100000 habitants (soit 0,12/ 200000 habitants sur liège) et 17 PWID atteints par le VHC chaque année. En effet, pour 2017 il a été estimé¹⁶² que 160 nouveaux cas de VHC seraient répertoriés en Belgique pour 9080 PWID. De plus, sur Liège même, 2.000 personnes utilisent des drogues dures et d'après une étude réalisée dans la SCMR de Liège 41% des usagers sont des injecteurs. Nous pouvons donc supposer que 41% des toxicomanes s'injectent sur Liège. Il y a donc environ 820 injecteurs sur Liège. Ainsi, par extrapolation linéaire du nombre de personnes infectées par Le VHC de la population PWID nationale, nous estimons le nombre de nouveaux PWID infectés par le VHC sur Liège d'environ 15 individus pour 2017.

Coût des traitements: nous évaluons le coût que peut représenter une personne atteinte du VIH ou du VHC. D'après l'étude menée par Dominique Vandijck Uhasselt¹⁶³, le coût estimé pour un traitement contre le VIH est de 1.145€ par mois. Concernant le traitement du VHC, il est estimé à 43.428€ pour l'année¹⁶⁴. Ainsi les coûts de soins de santé pour une année sont de 1.649€ pour le VIH et de 651.420 € pour traiter le VHC. En supposant que les individus soient dépistés et soignés.

Enfin, l'approche de cette partie de l'étude se fait auprès des PWID. Dès lors, si les services par la SCMR ne sont plus disponibles, on suppose que la pratique d'échange de seringues

¹⁵⁸ EMCDDA. (2019). *Belgium Country Drug Report 2019*, pp. 14 à 15. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11345/belgium-cdr-2019_0.pdf

¹⁵⁹ Matheï, C., Bourgeois, S., Blach, S., et al. (2016). Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium, p. 2 à 17., disponible sur <http://cdafound.org/publications-content/papers/Mathei%202016%20-%20HCV%20burden%20among%20PWIDs%20in%20Belgium.pdf>

¹⁶⁰ Ville de Liège. (2015). Tableaux de bord population, disponible sur <https://www.liege.be/fr/vie-communale/administration/liege-en-chiffres/tableaux-de-bord-population>

¹⁶¹ X., “Immersion dans le Liège des toxicomanes”, *La Libre*, 2013 disponible sur <https://dossiers.lalibre.be/toxicomanie-a-liege/>

¹⁶² Matheï, C., Bourgeois, S., Blach, S., et al. (2016). Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium, p. 2 à 17., disponible sur <http://cdafound.org/publications-content/papers/Mathei%202016%20-%20HCV%20burden%20among%20PWIDs%20in%20Belgium.pdf>

¹⁶³ Dominique Vandijck Uhasselt: Les chercheurs ont estimé le prix total du traitement à partir du cas de 235 personnes, incluant le coût de l'hospitalisation, les frais de laboratoire et de diagnostic, ceux des médecins, psychologues et soins infirmiers.(ici pour une personne précaire) = 1145€/mois

¹⁶⁴ Mutualité chrétienne. (2019). *Le trajet du médicament, du développement de la molécule à la mise à disposition des patients*, disponible sur https://www.mc.be/media/mc-academy-medicaments-caroline-lebbe_tcm49-56253.pdf

reprendrait de plus belle. Le coût global se compose des coûts de santé suite à une infection, et des coûts liés à la distribution de seringues et aiguilles.

Tableau : 13 - Coût de santé pour une infection du VHC et du VIH

	Sans la SCMR	Coût unitaire pour 1 an	Coût globaux
Infections par le VIH	0,12	13 740 €	1 649 €
Infections par le VHC	15	43 428 €	651 420 €
Seringues et aiguilles	51144	1,40 €	71 601,60 €
			724 670,40 €

Sans la SCMR, le coût pour la prise en charge de personnes infectées et la proposition de seringues s'élèverait à 724.670,40 € par an, supportés par le système de santé.

Cependant, n'ayant pas les données exactes afin d'estimer le nombre d'individus atteints par le VHC et/ou le VIH en 2019, avec ou sans présence de la SCMR, le montant de 724.670,40€ se base sur la probabilité du nombre de personnes infectées en 2017 seulement.

Ces résultats montrent qu'une personne n'étant pas dépistée ou prise en charge à temps peut engendrer des coûts importants.

Enfin, nous supposons ici, que toutes les personnes ont été dépistées et suivent un traitement, ce qui n'est pas forcément le cas dans la réalité et peut ainsi entraîner une succession de transmissions.

Réduction des coûts des services hospitaliers

Afin d'étudier l'économie annuelle réalisée grâce à la réduction des interventions d'urgences, nous utilisons la méthode de Irwin et al. (2017)^{165 166}, utilisée pour calculer le coût-bénéfice de plusieurs SCMR aux États-Unis. Dans cette partie nous calculerons l'économie annuelle pour la Ville de Liège grâce à l'intervention de la SCMR pour des infections de la peau et des tissus mous des PWID¹⁶⁷ et des interventions des services d'urgences pour des individus en état de surdose¹⁶⁸ (injecteur, inhaleurs, confondus).

¹⁶⁵ Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R., & Kral, A. (2017). *A Cost-Benefit Analysis of a Potential Supervised Injection Facility in San Francisco, California, USA*, p. 21., disponible sur <https://idhdp.com/media/531280/sfsanfrancisco.pdf>

¹⁶⁶ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 14 - Modèles de la méthode de Irwin et al. (2017), p. XXXVII

¹⁶⁷ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 15 - Données descriptives sur les infections des tissus, p. XXXVIII

¹⁶⁸ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 16 - Données descriptives pertinentes des services d'urgences, p. XXXIX

Estimation de la réduction des coûts grâce aux prestations de soins : de par le modèle d'Irwin et al. (2017), nous estimons que les économies annuelles grâce aux soins liés aux infections de la peau et des tissus mous, auprès du public PWID est d'environ 33.076,92€¹⁶⁹. Cette estimation se base sur le nombre d'inscrits dans la SCMR étant PWID (soit 41% des 571 inscrits). Certaines données non partagées en Belgique ont été reprises de d'autres études. Ainsi, lorsque certaines données seront disponibles, il sera possible d'émettre de nouveaux scénarios montrant une économie annuelle plus élevée ou moins élevée. Enfin, le coût d'hospitalisation est une donnée de coût d'hospitalisation journalier pour les consommateurs de drogues (non spécifique aux PWID et aux infections cutanées).

Estimation de la réduction des coûts liés aux interventions des services hospitaliers : nous présentons ici les économies réalisées auprès des services d'urgences lorsqu'un toxicomane est en état de surdose dans la SCMR comparé à un état de surdose à l'extérieur de l'établissement. De plus, les risques de complications dans la salle restent moindres étant donné que la SCMR fournit un environnement d'injection sûr et propre et propose des conseils sur la consommation. Il n'y a pas de lieu plus sûr pour consommer que la SCMR.

Grâce à l'étude de D. Lievens et al. (2016)¹⁷⁰, nous connaissons les coûts de prise en charge à l'hôpital et le coût d'hospitalisation auprès d'un public toxicomane et en état de surdose.

En raison du secret médical, nous n'avons pas pu évaluer les taux d'interventions (ambulances, envois aux urgences, hospitalisations). C'est pourquoi nous nous sommes basés sur la moyenne de deux études réalisées par NSW Health (2008)¹⁷¹ et S. Larson et al. (2017)¹⁷².

Cela nous a permis d'estimer les économies annuelles dues à la réduction des appels d'ambulance, de l'utilisation des urgences et des hospitalisations. Avec un taux de surdosage semblable à l'extérieur de la SCMR qu'à l'intérieur, nous estimons les économies potentielles grâce à une SCMR d'environ 26.391,65€ (349,59 €¹⁷³ suite à la réduction des appels en ambulance, 21.163 €¹⁷⁴ en réponse à l'utilisation réduite des services d'urgence et de

¹⁶⁹ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 17 - Modèle d'infection de la peau et des tissus mous, p. XL

¹⁷⁰ Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016.). *The social cost of legal and illegal drugs in Belgium* . Maklu, pp. 147 à 206., disponible à la bibliothèque Léon Graulich.

¹⁷¹ NSW Health. (2008). *Economic Evaluation of the Medically Supervised Injection Centre at Kings Cross (MSIC)*, pp 6 à 36., disponible sur <https://static1.squarespace.com/static/596f8b1ca803bb496e345ac8/t/598e36569f74563f030694bc/1502492247133/MSIC-Final-Report-26-9-08-Saha.pdf>

¹⁷² Larson, S., Padron, N., Mason, J., & Bogaczyk, T. (2017). *Supervised Consumption Facilities – Review of the Evidence*, p. 46.

¹⁷³ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 18 - Modèle d'intervention de l'ambulance, p. XL

¹⁷⁴ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 19 - Modèle de soins apportés à l'hôpital, p. XL

4.879,06€¹⁷⁵ grâce à la réduction des hospitalisations lors de l'utilisation des coûts moyens estimés).

A ces estimations existent des limites. Nous ne connaissons pas le nombre réel de consommation en rue, le nombre d'overdose estimé sans SCMR, le taux réel d'appels des urgences, le taux réel d'envois à l'hôpital et le taux réel d'hospitalisation, pour la Ville de Liège.

Enfin, nous savons que les charges de la SCMR pour l'année 2019 s'élevaient à 927.097,00€, qu'en l'absence de la SCMR le comptoir d'échange resterait en place mais que le nombre d'individus atteint par le VIH et/ou le VHC resterait stable ou augmenterait. Si le nombre d'individus reste stable, le coût pour la prise en charge est de 811.526,40€. De plus étant donné que la SCMR prévient les risques suite à la consommation, dont le surdosage, et aux infections, le nombre d'interventions des services d'urgence aurait tendance à diminuer.

Ainsi, grâce aux interventions de la SCMR les économies annuelles pour la Ville de Liège atteindraient environ 59.467,67€. De cela, nous pouvons déduire que l'investissement reviendrait à environ 142.958,93€ pour la Ville de Liège.

Tableau 21 - Impact financier pour la Ville de Liège

Présence de la SCMR / Absence de la SCMR	Coût
Le coût annuel d'une SCMR	927 097,00 €
Les économies réalisées par la Ville de Liège	
Les interventions des services d'urgences (overdoses)	26 391,65 €
Les prestations de soins	33 076,02 €
Le coût supplémentaire pour la Ville de Liège sans présence de SCMR	
Les infections liés au VIH et HCV	724 670,40 €
Total	-142 958,93 €

Nous pouvons supposer que la valeur de 140.000€ environ investie, correspondrait aux impacts non-monétaires, comme l'amélioration de la qualité de vie des usagers, ainsi que l'espérance d'impacter positivement les habitants et les riverains.

Cependant, il existe des limites dans le calcul de l'impact financier que peut représenter la Salle de Consommation à Moindre Risque pour la Ville de Liège. En effet, deux méthodes différentes ont été utilisées. La première méthode présente le coût que peut engendrer un PWID s'il était infecté par le VIH et/ou le VHC (sur base de données de 2017). Alors que la deuxième méthode présente le bénéfice annuel pour le gouvernement.

Il aurait été intéressant, sur base de données disponibles, d'estimer ce que la SCMR permet d'éviter en nombre d'infections par le VIH et/ou le VHC. Ainsi, nous aurions pu estimer le

¹⁷⁵ Cfr. Annexe n° 4 : Tableau : 20 - Modèle d'hospitalisation, p. XLI

bénéfice annuel. De plus, lors du calcul des infections, du nombre d'appels auprès des ambulances, de transferts dans les hôpitaux et d'hospitalisations, des données belges (mais non précises) et étrangères ont été utilisées.

IV. LES PRATIQUES INSPIRANTES DES PAYS ÉTRANGERS

A. Les différents modèles existants

Il existe environ 90 SCMR dans le monde, que ce soit en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie. Différents modèles de salle de consommation à moindre risque existent¹⁷⁶. Nous avons le modèle intégré, le modèle spécialisé et le mobile. Tous ont des activités et des objectifs semblables, mais certains de ces modèles se distinguent :

- Le modèle intégré : c'est la salle de shoot la plus courante. Ces SCMR représentent un ensemble de réseau de services interconnectés. Les services proposés aux usagers sont : le conseil et le dépistage des virus, l'accueil dans le centre (avec les échanges de seringues), les soins psychosociaux, les soins médicaux et l'accès aux programmes d'emploi. Ce modèle est perçu comme le meilleur, mais suscite certaines critiques de la part des usagers et d'experts professionnels.
- Le modèle spécialisé : comme nous l'avons vu, la SCMR de Liège s'inscrit dans le modèle spécialisé. Ce modèle est surtout un espace pour la consommation à moindre risque. Cependant, le personnel reste disponible pour fournir des informations et proposer des conseils. Enfin, les services médicaux sont fournis dans une zone distincte de l'établissement à des heures déterminées.
- Le modèle mobile : contrairement aux autres modèles, celui-ci comme son nom l'indique est une salle mobile. Cela consiste en une camionnette qui dispose de trois cabines d'injection. Chaque ville a ses spécificités, comme à Berlin où le personnel fournit ses services dans différentes zones, alors qu'à Barcelone, les services proposés ne bénéficient qu'à une seule zone. Ce modèle-ci a un turnover en termes d'usagers relativement plus faible étant donné le peu de place.

¹⁷⁶ Schäffer, D., Stöver, H., et Weichert, L. (2014). Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges, Amsterdam : Regenboog Groep, pp. 7 et 8.

B. Pratiques de SCMR dans le monde

Dans cette partie, nous nous concentrerons sur les salles existantes en Suisse, en Allemagne, au Canada et en Australie pouvant s'apparenter aux modèles intégrés ou spécialisés¹⁷⁷. Et nous étudierons certaines de leurs caractéristiques.

Les activités

Des activités en Suisse et en Australie ont été mises en place afin d'impliquer davantage les usagers des SCMR. Ainsi nous trouvons le Quai 9 (Potager et Upcycling ; Le journal d'information) et le MSIC (Art from Heart).

En mai 2019, le Quai 9 a pris l'initiative de créer un potager aux abords de la SCMR. Le projet se nomme “Potager et Upcycling”. Ce projet naît afin de rendre une vision plus positive de l'espace, un lieu accueillant et végétalisé. Le potager a trois effets directs. Il permet aux usagers ainsi qu'aux travailleurs sociaux d'échanger et de tisser des liens sociaux et/ou thérapeutiques, d'impliquer bénévolement les usagers à la création de l'espace (vecteur de travail individuel ou collectif) et permet aux habitants du quartier d'apprécier davantage le lieu¹⁷⁸.

De plus, le journal “Première ligne” est créé en 2005. Aujourd’hui, 32 numéros ont été publiés. “Première ligne” est un journal gratuit d’information et d’échange de l’association. Le journal est réalisé grâce au soutien d’un journaliste et d’un graphiste. Ensuite, des séances d’écriture sont organisées et co-animées par le journaliste assisté d’un usager. Cette initiative a un triple effet, elle permet d’échanger auprès des habitants du quartier afin de faciliter l’acceptation de la salle, de montrer que le Quai 9 n’est pas un problème mais une solution à la problématique. Et elle permet l’intégration sociale des usagers¹⁷⁹.

Le projet Art from Heart au MSIC, implique les usagers, grâce à une exposition annuelle des œuvres des usagers de la SCMR. L’atelier d’art est d’une durée de quatre semaines et permet aux usagers qui le souhaitent de s’exprimer grâce à l’art. Les œuvres achevées se retrouvent ensuite exposées au public et vendues aux enchères.¹⁸⁰

¹⁷⁷ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 22 - Analyse des SCMR dans le monde, pp. XLII à XLIII

¹⁷⁸ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 23 - Analyse de l’activité “Potager et Upcycling”, p. XLIV

¹⁷⁹ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 24 - Analyse de l’activité “Journal d’informations”, p. XLV

¹⁸⁰ Uniting. (2020). Art from the Heart of the Cross 2019 - Kingscross artwork exhibition. Art from the Heart of the Cross, disponible sur <https://artfromtheheart.uniting.org/2019/>

Les services

En Allemagne et en Suisse différents services sont proposés que nous ne retrouvons pas actuellement dans la SCMR de la Ville de Liège. Les données présentées concernent le Quai 9 (Sleep-in ; Automate Seringues).

Le Sleep-In est un projet en développement répondant au droit au repos pour tous. Une salle se transforme ainsi en dortoir. Le but est de proposer un lit aux personnes les plus précaires et consommant des substances car ces personnes ont davantage de difficultés à être orientées vers les centres d'urgences, de réinsertion sociale ou autres structures d'hébergement. Elles sont stigmatisées dû à leur consommation. Cette initiative répond à la Réduction des Risques, car la SCMR reste disponible aux usagers bénéficiant du dortoir (mais ne propose pas, *in fine*, une SCMR ouverte 24h/24) et a pour but d'éviter que les personnes accueillies se sentent en manque. Au début du Sleep-In, les usagers habitués à consommer continuaient pendant la nuit. Une fois le besoin de sommeil comblé, il a été constaté une diminution de la consommation pendant la nuit.¹⁸¹

Enfin, nous avons l'automate. En effet, au Quai 9, durant l'année 2018, 9.968 seringues ont été délivrées. L'automate à seringues se révèle être complémentaire, nécessaire et très pertinent durant les périodes de fermeture. De plus, les personnes sanctionnées peuvent ainsi accéder à du matériel d'injection neuf ce qui évite de faire pression sur le personnel du centre.¹⁸²

Les ressources

Dans les ressources monétaires pour le financement d'une salle de consommation à moindre risque nous retrouvons en premier les subsides des pouvoirs publics, suivi des dons.

En 2018, le financement de la structure “Première ligne” se fait majoritairement par des subsides des pouvoirs publics (92%). Nous trouvons ensuite les autres produits (5,31%) qui contiennent les ventes que réalise la structure et les dons (1,90%).¹⁸³

¹⁸¹ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 25 - Analyse du service “Sleep-In”, p. XLVI

¹⁸² Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 26 - Analyse du service “Automate à seringues”, p. XLVII

¹⁸³ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 27 - Analyse des ressources Première Ligne, p. XLVII

Nous constatons une nette augmentation des dons (+20%) entre l'exercice 2017 et l'exercice 2018, grâce à la recherche soutenue de fonds de Madame Bodin, ancienne directrice de Première Ligne¹⁸⁴. Cependant, les dons restent exceptionnels et proviennent majoritairement de grandes fondations (ex: Rolex)¹⁸⁵. Pour le Quai 9, il existe très peu de ressources non-monétaires. D'ailleurs, d'après Serge Longère¹⁸⁶, le bénévolat et le volontariat, même dans la santé communautaire, ne fait pas partie de la culture Suisse. Pour tous les types de projets mis en place, les individus sont sous-contrat, sauf à titre exceptionnel. Ensuite, le Quai 9 est fortement sollicité par des stagiaires en infirmerie, en éducateur et assistant sociaux.

Enfin, l'imposante association “Uniting” regroupant la SCMR et d'autres services (l'inclusion LGBTQI+, inclusion des autochtones, etc.) se finance majoritairement grâce aux subsides (73%) de l'État Australien, même si 9% représentent des dons.¹⁸⁷

L'organisation

Au Canada, dans la SCMR de Vancouver “Insite”, la salle de consommation est ouverte 18h par jour. Ce qui permet de s'assurer que les consommations générales sont moins risquées grâce à une injection sécurisée, une prise en charge directe si surconsommation, et une réduction des nuisances¹⁸⁸. De plus, les salles sont ouvertes à partir de 16 ans, ce qui permet de répondre à une demande¹⁸⁹. En effet, en Colombie Britannique, malgré une majorité légale à 19 ans, les jeunes (19 ans et moins) représentent le groupe pouvant être le plus à risque de contracter l'VHC et le VIH par l'injection de drogues. Ils sont plus à risque à cause d'un partage d'aiguille (et d'autres équipements) plus fréquent ainsi que du commerce du sexe.

Le risque de surdose de cette population est d'autant plus élevé que leur expérience est faible. Enfin, les jeunes de moins de 19 ans peuvent accéder au service seulement si des signes évidents de consommation sont présents. Si le jeune ne peut accéder à la salle, un membre du personnel recueille des informations afin de réaliser un rapport pour le Ministère du Développement des enfants et de la famille.

¹⁸⁴ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 28 - Résumé du compte d'exploitation de Première ligne (2017/18), p. XLVIII

¹⁸⁵ Première ligne (2019b). Rapport d'activité de Première ligne 2018/19. pp. 47 à 48., disponible sur

<http://www.premiereligne.ch/wp-content/uploads/2019/05/Rapport-dactivite%CC%81s-Premie%CC%80re-ligne-2018.pdf>

¹⁸⁶ Entretien avec Serge LONGÈRE, Directeur Général de Première Ligne à Genève, en visio-conférence, le 3 juillet 2020.

¹⁸⁷ Uniting NSW. Act. (2019). Annual report 2018/19, p 74.

¹⁸⁸ Vancouver Coastal Health. (2019). Insite user statistics, disponible sur <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>

¹⁸⁹ British Columbia Center On Substance Use. (2017). *Supervised Consumption Services : Operational guidance*, p. 95., disponible sur <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>

C. Impact financier des SCMR dans le monde

Plusieurs études ont été réalisées dans le monde, notamment en Australie, au Canada et aux États-Unis permettant de connaître et d'évaluer le coût-bénéfice et/ou le coût-efficacité des SCMR¹⁹⁰. Comme l'exprime l'Institut national de santé publique du Québec (2009), les pays européens ont sûrement déjà réalisé des études coût-bénéfice/coût-efficacité pour l'installation de salles. Cependant, ces dernières ne font pas l'objet de revues scientifiques¹⁹¹. L'institut se justifie en montrant que les pays européens sont davantage inquiets par l'amélioration des conditions sociales et de santé publique que par le gain ou la perte financière générée par ce type d'initiative.

Les études référencées montrent que les activités de la SCMR permettraient de prévenir 11 infections par le VIH ce qui représente une économie de \$CAD 0,686 million par an¹⁹². De plus, la SCMR permet de réduire le taux de partage des seringues, ce qui permettrait sur 10 années d'économiser \$CAD 14 millions et de gagner 920 années de vie¹⁹³.

¹⁹⁰ Cfr. Annexe n°5 : Tableau : 29 - Analyse d'études sur le coût-bénéfice/coût-analyse de salles à l'étranger, p. XLIX

¹⁹¹ Institut National de Santé Publique du Québec. (2009). *Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE*, p. 103., disponible sur https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf

¹⁹² Jozaghi, E., Reid, A.-A., Andresen, M.-A. (2013). A cost –benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montréal, Canada. *Subst Abuse treat Prev Policy*, p. 13.

¹⁹³ Bayoumi, A.-M., Zaric, G.-S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Can Med Assoc J*, p. 9.

V. POSSIBILITÉS D'ADAPTATION DU SYSTÈME EN BELGIQUE

Avec la possibilité d'adaptation, les objectifs généraux de la SCMR de Liège ne changent pas. Cependant certains moyens (nouvelles activités, nouveaux services et nouvelle organisation) faciliteront l'atteinte des objectifs généraux, ce qui nous amènera de nouveaux indicateurs permettant d'évaluer ces atteintes¹⁹⁴.

Les activités

Potager et upcycling: Au vu de l'emplacement de la SCMR et de sa structure, il n'est malheureusement pas possible d'adapter l'activité “Potager et Upcycling” aux abords de la salle, contrairement à la Suisse, où un espace appartenant à Première Ligne était vacant. De plus, c'est le service d'intégration (pour les usagers) qui a mis en place cette initiative, un service que la SCMR de Liège ne propose pas directement. Ainsi, une telle initiative devra être réalisée en collaboration avec les services de réinsertions partenaires (notamment le Relais social de Liège et SSM ALFA).

L'espace Potager et Upcycling permettrait de répondre à l'objectif de la réduction des nuisances, en attirant davantage d'individus vers la salle, dans une même zone surveillée, et permettrait de réduire les errances dans le quartier (comme constaté aux alentours du Quai 9). La mise en place de cet espace engendrerait des coûts quant à la construction et à la rémunération des usagers (sauf si bénévolat). Mais, aucun espace n'est vacant à proximité de la SCMR. Ainsi, le Potager et Upcycling répondait à une problématique spécifique au Quai 9 non-adaptée à la SCMR de Liège.

Le journal d'information : La rédaction d'un journal d'information semestriel, ou même annuel, nécessite du temps et de l'investissement. En Suisse, le Quai 9 et le service de réinsertion de Première Ligne collaborent pour mettre en place le journal. Quatre personnes rémunérées sont nécessaires à l'élaboration de celui-ci (un usager, un encadrant, un graphiste et un journaliste). Au vu des finances actuelles de la SCMR de Liège, il ne serait pas possible d'envisager la mise en place d'un journal d'information annuel en suivant le modèle Suisse. Cependant, des publications dans les journaux sur les projets et les avancées de la SCMR permettraient une communication occasionnelle. Ce qui augmenterait le nombre de personnes ayant connaissance

¹⁹⁴ Cfr. Annexe n°6 : Tableau : 30 - Les objectifs de la SCMR de Liège, les nouveaux moyens mis en œuvre pour les atteindre et les indicateurs de mesures, p. L

de l'initiative et qui sensibiliserait davantage les riverains et les entreprises locales ainsi que de montrer d'éventuelles évolutions.

Les services

Le sleep-In: Aucun profil complet n'a été présenté sur les usagers. Comme énoncé, les usagers de la salle sont souvent des individus vivant dans la rue ou dans des conditions très précaires (squats, tentes, etc.). Aucune étude n'a été réalisée afin d'estimer le nombre d'individus SDF et toxicomanes dans la Ville de Liège. Malgré les dispositifs mis en place pour aider les SDF comme les Éducateurs de rue, le projet Housing First Liège, La Fontaine, etc., le public de la salle de consommation peut s'avérer être un public difficile à orienter.

Actuellement dans la SCMR de Liège, l'espace d'accueil est suffisamment grand pour positionner au maximum six lits. Cependant, cet espace resterait précaire pour les usagers et inconfortable quant à la gestion de ce service pour les employés.

D'après les observations constatées par Première Ligne, au Quai 9 en Suisse¹⁹⁵, le Sleep-In répondrait à un besoin de consommation durant la nuit, permettrait d'améliorer le sentiment de sécurité des usagers et réduirait, par la suite, la consommation nocturne.

Nous pouvons supposer qu'en permettant l'hébergement dans la SCMR pour les usagers les plus précaires et en mettant à disposition les services de la SCMR, le Sleep-In répond pleinement à l'objectif de réduction des risques et permet de répondre aux objectifs généraux: atteindre autant que possible la population cible des usagers à haut risque; procurer un environnement sain et sécurisé ; réduire la morbidité ainsi que la mortalité et stabiliser et améliorer l'état de santé ; et de réduire l'usage des drogues dans l'espace public ainsi que les nuisances associées.

La mise en place d'un tel service demanderait une modification totale de la gestion des employés et un coût humain important¹⁹⁶. On estime à 222.355,64€ le coût salarial annuel pour la mise en place d'une Sleep-In, avec la contrainte de 4 employés minimum pour l'ouverture de la SCMR de Liège. Actuellement ce type d'initiative ne peut être financé sans un revenu diversifié ou des subsides supplémentaires. De plus, afin que le Sleep-In ne perde pas de vue

¹⁹⁵ Première ligne. (2019a). Réduire les risques liés aux consommateurs de drogues. *Première Ligne*.

<http://www.premiereligne.ch/wp-content/uploads/2019/12/Journal-Premie%CC%80re-ligne-no-32.pdf>

¹⁹⁶ Cfr. Annexe n° 6 : Tableau : 31 - Le coût de mise en place d'un sleep-in, p. LI

son objectif (éviter les surconsommations nocturnes) il sera nécessaire d'être vigilant quant aux usagers pouvant accéder au service.

Automates : D'après Première Ligne¹⁹⁷, et d'autres organismes¹⁹⁸, la mise en place d'un automate doit faire l'objet d'une étude en amont, afin de placer l'échangeur à un endroit stratégique. Et il devra en aucun cas remplacer les services de comptoirs d'échange, qui prodiguent, en plus des ustensiles de consommations, un conseil d'utilisation.

En 2018, une proposition de résolution¹⁹⁹ pour la mise en place d'un automate (stériborne) a vu le jour à Bruxelles, en partenariat avec Modus Vivendi. Aujourd'hui, le projet du stériborne en région Bruxelloise reste en discussion. A Liège, la mise en place d'un automate serait davantage favorable tant le parlement wallon soutient la SCMR, mais n'est pas d'actualité.

De plus, Bruno Valkeneers, responsable de l'ASBL Transit, montre qu'un automate permettrait d'élargir l'accès aux seringues, notamment aux individus réticents de se dévoiler, préférant rester anonymes²⁰⁰. Ensuite, d'après Serge LONGERE, Directeur de Première Ligne, la mise en place d'une borne d'échange, comme à Première Ligne, permettrait de proposer du matériel stérile 7 jours sur 7, 24h/24 et répondrait à la problématique des heures d'ouverture. Les automates permettent de réduire les risques sanitaires lors de consommations nocturnes.

Les ressources

Nous savons que les ressources monétaires de la SCMR de Liège proviennent majoritairement des subsides de la Région Wallonne et que dans les ressources non-monétaires nous trouvons les stagiaires. Actuellement, aucune donation n'est réalisée, que ce soit des dons privés, d'accueils de bénévoles ou de stagiaires venant d'autres horizons.

Concernant les ressources monétaires, d'après le Service Public Fédéral des finances, afin de percevoir des dons et que les donateurs puissent bénéficier d'une réduction d'impôt, l'institution “*doit être agréée et doit envoyer des reçus aux donateurs et transmettre l'information au SPF*

¹⁹⁷ Entretien avec Serge LONGÈRE, Directeur Général de Première Ligne à Genève, en visio-conférence, le 3 juillet 2020.

¹⁹⁸ Infor-Drogues. (2011). *Échangeur automatique de seringues, la position d'Infor-Drogues*. infordrogues.be.

<https://infordrogues.be/echangeur-seringues-position/>

¹⁹⁹ X., « Stéribornes : une véritable avancée et une prise de conscience parlementaire », BX1, 2018, disponible sur, <https://bx1.be/news/steribornes-veritable-avancee-prise-de-conscience-parlementaire>

²⁰⁰ X., « Stéribornes : une véritable avancée et une prise de conscience parlementaire », BX1, (VIDEO), 2018, disponible sur, <https://bx1.be/news/steribornes-veritable-avancee-prise-de-conscience-parlementaire>

*Finances via l'application en ligne Belcotax-on-web*²⁰¹. Aujourd’hui, des discussions avec la fiduciaire de la fondation TADAM sont en cours, pour être reconnue.

A propos des ressources non-monétaires, il a été noté que 7 stagiaires en infirmerie ont été présent.es en novembre 2019. Ainsi, du temps est consacré pour former des étudiants. Il pourra donc être possible d'accueillir des étudiants voulant développer des projets pour la SCMR afin d'accentuer l'impact généré, ou même des étudiants s'occupant de rechercher des financements afin de soutenir l'activité en elle-même et/ou des projets à impacts. Ces activités sont parfois réalisées en interne.

Le fait de diversifier ses financements permettrait d'anticiper une possible variation des subsides reçus, une augmentation de la demande, une augmentation des coûts et de réduire le résultat négatif. De plus, à Première Ligne, Madame Bodin (ancienne directrice de Première Ligne) recherchait activement des fonds, une charge de travail pouvant être déléguée à un étudiant formé pour cette tâche. Enfin, accepter les compétences désintéressées d'autrui, n'engendre aucun coût mis à part du temps pour former les nouvelles “recrues” et permettrait d'accentuer l'impact généré.

L’organisation

Heures d’ouverture : Le facteur agissant fortement sur la diminution de la consommation des drogues en rue est la disponibilité des services de la SCMR²⁰². Actuellement la SCMR est ouverte 7 jours sur 7, pour 48 heures par semaine²⁰³. Ainsi, en alignant la plage horaire de 8h30 à 19h30 pour tous les jours de la semaine, sauf le jeudi (pour la réunion hebdomadaire), nous pouvons atteindre une moyenne d’ouverture par jour de 10h30 contrairement à 7 heures initialement prévu²⁰⁴. La nouvelle plage horaire aurait permis depuis l’ouverture de la SCMR d'accueillir jusqu'à 6 000 actes de consommation en plus qu'actuellement, ce qui représente des actes en moins dans les espaces publics et des risques réduits. En ouvrant 73 heures par semaine la salle nécessitera en moyenne 6 employés supplémentaires ainsi qu'un budget supplémentaire de 425.000€²⁰⁵ environ (dont 333 538€ pour le coût du personnel).²⁰⁶

²⁰¹ SPF Finances. (2020, 13 janvier). *Attestations (reçus)*. <https://finances.belgium.be/fr/asbl/dons/attestations>

²⁰² Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms - Describe DCR history, practice and evidence on individual and public health outcome..

²⁰³ Cfr. Annexe n°3 : Figure : 12 - Répartition horaire de la fréquentation de la SCMR, p. XXII

²⁰⁴ Cfr. Annexe n°6 : Figure : 25 - Répartition horaire théorique, p. LI

²⁰⁵ Représente un coût moyen théorique, car nous partons de la théorie qu'une consommation coûte en moyenne 44,81€, et que les consommateurs demandent autant de services (exemple: soins)

²⁰⁶ Cfr. Annexe n°6 : Tableau 32 : Coût généré pour l'horaire théorique, p. LII

Afin que le nouvel horaire puisse être mis en place il sera nécessaire, en amont, de réaliser une enquête auprès des usagers sur leurs habitudes de consommation quotidienne (nombre de fois par jour, les heures habituelles, etc.)

L'âge : Afin d'accéder à la SCMR de Liège, il est impératif d'avoir la majorité légale, c'est-à-dire 18 ans. Le public âgé entre 18 et 25 ans représente 7,13% des âges de fréquentations de la salle et seulement moins de 1% de la totalité des consommations est réalisée par des personnes âgées entre 18 et 20 ans. De plus, nous savons qu'en Belgique²⁰⁷, en 2018, pour le public de 15 à 24 ans, 1,8% d'entre eux ont déjà consommé, au moins une fois dans leur vie, de la cocaïne et moins de 1% de l'héroïne, ce qui ne veut pas insinuer qu'ils sont accros à cette drogue. De plus, d'après les données de EMCDDA²⁰⁸, l'âge moyen en Belgique pour la première consommation de cocaïne est de 22 ans et de 24 ans pour l'héroïne.

Il semble qu'aujourd'hui aucune demande auprès des mineurs n'est réalisée. Cependant, une enquête auprès des consommateurs de rues dans la Ville de Liège serait nécessaire pour évaluer les tranches d'âges de consommations. De plus, l'accès à la SCMR pour les mineurs posent des questions au niveau politique, éthique et intellectuel. Actuellement, si un mineur vient dans la SCMR, celui-ci est accueilli pour l'échange de matériel, un entretien est réalisé (sur la consommation, les pratiques) mais l'accès à la salle lui est refusé²⁰⁹.

D'après les données sur le centre au Canada²¹⁰ (Insite), le fait d'accepter des mineurs (s'ils présentent des signes de "grandes" consommations), permettrait de réduire les méfaits liés à la consommation car le public mineur est un public à risque en raison de sa faible expérience et son jeune âge. Proposer des services le plus tôt possible est primordial, pour les sensibiliser afin de limiter tous risques futurs sur leur santé.

²⁰⁷ Sciensano. (2018). USAGE DES DROGUES : Enquête de Santé 2018, p. 96., disponible sur https://his.wiv-isip.be/fr/Documents%20partages/ID_FR_2018.pdf

²⁰⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Belgium Drug Report 2019, pp. 1 à 28., disponible sur https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11345/belgium-cdr-2019_0.pdf

²⁰⁹ Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

²¹⁰ British Columbia Center On Substance Use. (2017). *Supervised Consumption Services : Operational guidance*. pp. 80 à 81. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>

CONCLUSION

Aujourd’hui nous connaissons une augmentation du nombre de Salle de Consommation à Moindre Risque dans le monde. Celles-ci répondent à un besoin social et sanitaire important. De ce constat, nous aimerions connaître la légitimité d’une SCMR dans le 3ème secteur de par les impacts qu’elle génère sur ses parties prenantes.

Nous avons alors commencé ce mémoire avec une revue de littérature nous permettant d’introduire les entreprises de l’économie sociale ainsi que la possibilité de produire des impacts et de les évaluer. De ce fait, les entreprises de l’économie sociale nécessitent un modèle économique durable, sans objectif de lucre, mais qui permettrait de générer des externalités positives. Plusieurs méthodes ont ainsi été développées pour permettre l’évaluation des impacts.

Par la suite, nous nous sommes penchés sur la situation sociale et sanitaire de la Belgique sur les questions de la toxicomanie. De par cela, la Fondation TADAM ainsi que la Ville de Liège ont décidé d’implanter une SCMR.

A la suite d’une interview avec le Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, nous avons pu mettre en lumière les caractéristiques principales de la SCMR de Liège.

Qui sont les bénéficiaires ? Qui sont les parties prenantes ? Comment répond-elle au besoin social ? Quel est le modèle économique de la structure ?

Force est de constater que les usagers de la SCMR sont des personnes dépendantes de certaines drogues (cocaïne, héroïne), vivant dans des conditions très précaires (tentes, squats, etc.) et ayant l’habitude de consommer dans des lieux et conditions insalubres.

Quant aux parties prenantes, un grand nombre d’entre elles sont connectées à la SCMR afin d’apporter du temps, des compétences, des ressources humaines et financières permettant à la structure d’accueillir, de soutenir et d’accompagner les personnes faisant usage de drogues.

Les activités répondant au besoin social des usagers ont été étudiées, nous permettant de mettre en lumière des impacts potentiels : l'amélioration de la qualité de vie des usagers, l'amélioration des conditions de vie des citoyens, une diminution des interventions ainsi qu'une réduction des coûts d'actions (forces de l'ordre et services hospitaliers) et une amélioration de l'attractivité des entreprises locales.

Afin de permettre ces externalités, la SCMR nécessite des ressources. Le modèle économique de la structure a été analysé. Nous constatons une faible diversité de ses ressources. La SCMR de Liège est dépendante des financements du gouvernement (la Ville de Liège ; la Région Wallonne), ce qui engendre un risque tant au niveau de l'évolution des subsides versés, de l'anticipation d'un exercice négatif et de la gestion de nouveaux projets générateurs d'impacts.

Dans le but de montrer la légitimité de la SCMR quant aux subsides perçus et de sa présence dans le 3ème secteur nous analysons les impacts pouvant être générés :

- Une amélioration de l'état de santé des usagers peut déjà être constatée, tant les bénéficiaires contracteraient moins d'infections et que le risque d'une overdose, en salle, pouvant provoquer la mort est quasiment nul.
- En prenant en compte les variables de l'"Indicateur de Vivre Mieux " nous supposons que l'état psychique des usagers se trouve amélioré, de par un sentiment de sécurité constaté, de satisfaction des services, de liens sociaux créés et de l'état de santé amélioré.
- A l'aide de données étrangères (Canada et Australie), nous pouvons présager une forte diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers pour venir en aide aux consommateurs, dans la ville de Liège.
- Une libération de temps des agents de l'autorité au vu d'une réduction de la toxicomanie en rue et de faits de délinquances n'a pu être prouvé. Cependant, cet impact reste plausible grâce aux données étrangères démontrées.
- Actuellement nous ne pouvons pas affirmer que la SCMR permet une amélioration de la qualité de vie des résidents vivants aux abords et dans le périmètre de la salle. Cependant, des études étrangères tendent à dire que les effets positifs ne sont pas immédiats et restent optimistes quant à l'amélioration de la qualité de vie des habitants (de par les nuisances associées aux consommateurs). Il en va du même constat pour les conditions de travail des employés travaillant aux alentours de la SCMR.

- Enfin, aucune amélioration de l'attractivité des entreprises à proximité de la salle n'est à noter.

Avec les données et ressources disponibles, nous nous apercevons que des impacts identifiés tendent à se confirmer tandis que certains nécessitent plus de temps avant d'être perçus.

Via les impacts identifiés, nous avons aussi pu, avec les données et ressources disponibles, mettre en avant certains coûts évités pour la société grâce aux activités de la SCMR. En améliorant la santé des usagers, certains coûts peuvent diminuer. Si les PWID (usagers) contractent moins de virus, nous pouvons inférer une réduction des coûts liés aux traitements de ceux-ci (VIH/VHC). Ainsi les coûts pour le système de santé pourraient être réduits jusqu'à environ 720.000€. De plus, un usager en bonne santé permettrait de réduire les coûts des services hospitaliers, suite à la réduction des coûts de prestations de soins et d'interventions des urgences. Donc, le système de santé réduirait ses coûts d'environ 60.000€, supplémentaires. Grâce à l'activité de la SCMR, le système de santé permettrait de réduire ses coûts et la Ville de Liège ne débourserait finalement que 15% de ce qu'elle a investi en 2019 dans la SCMR, ce qui peut représenter les impacts non-monétaires identifiés (l'amélioration de la qualité de vie des usagers, ainsi que l'espérance d'impacter positivement les habitants et les riverains).

Au moyen de l'analyse de la structure et des impacts générés de la SCMR de Liège, nous pouvons affirmer que l'organisation est légitime dans le 3ème secteur. Bien que la SCMR est trop récente pour admettre que certains impacts se notent, celle-ci n'a pas un objectif de lucre, tend à la création de valeur comme nous avons pu le constater et répond à un besoin social et sanitaire imminent.

Nous savons que certains impacts identifiés, pour la SCMR de Liège, engendrent actuellement peu d'externalités positives. Il nous a ainsi paru intéressant de mettre en avant des pratiques étrangères. Nous nous sommes basés sur des salles ayant en moyenne 21 ans d'expériences. De plus nous avons relevé les caractéristiques notables de ces structures (activités, organisation, services, etc.) qui généreraient des effets. Plusieurs pratiques permettraient de compléter les efforts en cours de la SCMR de Liège. Bien que toutes ne peuvent s'appliquer à la structure (tant chaque communauté est unique, la politique publique est appropriée au pays, le rapport avec les parties prenantes peut être différent), le modèle des SCMR à l'étranger reste viable.

Ainsi, quelques pratiques ont retenu notre attention. En effet, quatre des objectifs généraux seraient touchés par certaines mesures : partenariat avec un journal (rédaction d'une tribune, d'un dossier sur la SCMR), la mise en place d'une Sleep-In, l'installation d'un automate et l'augmentation des heures d'ouverture. Tout en diversifiant les ressources, ces différents aspects engendreraient des coûts importants et du temps. La Ville de Liège serait-elle prête à proposer des subsides supplémentaires ? Quelles seraient ses critères pour un financement supplémentaire ? Qu'en est-il de l'avis des bénéficiaires quant aux nouvelles mesures suggérées ? Renforcerons-nous les externalités générées auprès des parties prenantes ?

Suite aux limites exposées (manque de temps, ressources limitées, difficultés d'accès aux données, activité récente), nous aimerais mettre en lumière qu'une analyse des impacts de la SCMR nécessite un consensus général.

De prime abord, il est nécessaire que la politique publique encourage la compréhension et l'atténuation des préjudices individuels et sociaux que subissent les consommateurs de drogues. De plus, la présence, le soutien et la coopération des acteurs locaux (les riverains, les services hospitaliers, les entreprises locales, les forces de l'ordre) sont nécessaires pour la collecte de données des impacts potentiels. Enfin, la population usagère de drogues (consommateurs extérieurs et bénéficiaires) étant au cœur même du projet, elle nécessite davantage d'être étudiée.

Ce consensus nous dirigerait vers une étude plus approfondie et faciliterait le développement de nouvelles activités.

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Article 3, § 2 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes (Moniteur, 6 mars 1921).

CE (2012). « L'Acte pour le marché unique II. Ensemble pour une nouvelle croissance », Communication de la Commission au Parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions, Bruxelles, octobre.

Loi du 28 novembre 2018 – arrêté royal relatif à la facturation dans le cadre d'une intervention d'aide médicale urgente par un service ambulancier

DOCTRINE

Alix, N. (2015). Mesure de l'impact social, mesure du « consentement à investir ». Revue internationale de l'économie sociale, (335), pp. 111 à 116.

André, K., & Veolia Water, G. (2015). Une évaluation hybride des entreprises sociales. Le cas du social business. In In Revue française de gestion (Issue 247, pp.71 à 83).

Armstrong K. (2006). Social enterprise impact assessment project: A literature review, Vancouver: Enterprising Non Profits.

Arvidson M., Lyon F. (2013). Social impact measurement and non-profit organisations: compliance, resistance, and promotion, VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations, April.

Australian Injecting & Illicit Drug Users League (AIVL). (2019). Annual report 2018, p. 72., disponible sur <http://aivl.org.au/wp-content/uploads/2018/12/AIVL-Annual-Report-2018-pdf.pdf>

Bayoumi, A.-M., Zaric, G.-S. (2008). The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. Can Med Assoc J, p. 9.

Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T. and Dubois-Arber, F. (2003) Evaluation de Quai 9 'Espace d'accueil et d'injection' à Genève: période 12/2001–12/2000. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, p. 186.

Boland, P., Fox-Rogers, L., McKay, S., & Murtagh, B. (2018). Illegal geographies and spatial planning : developing a dialogue on drugs. Territory, Politics, Governance, p. 28., disponible sur <https://doi.org/10.1080/21622671.2018.1503092>

British Columbia Center On Substance Use. (2017). Supervised Consumption Services : Operational guidance, pp. 80 à 95., disponible sur <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2017/07/BC-SCS-Operational-Guidance.pdf>

CESE Wallonie. (2008). Le Conseil économique, social et environnemental de Wallonie. www.cesewallonie.be, disponible sur <https://www.cesewallonie.be/?page=detailed-2&alias=Conseil-wallon-de-lEconomie-sociale-CWES>

Centre Européen de Prévention du Risque d’Inondation (CEPRI), 2011. « L’ACB : une aide à la décision au service de la gestion des inondations», pp 9 à 19.

Chen, H.-T. (2015). *Practical program evaluation: Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2e éd.), Thousand Oaks, Sage. p. 443.

Defourny, J., & Nyssens, M. (2010). Social Enterprise in Europe: At the crossroads of market, public policies and third sector. In *Policy and Society* (Vol. 29, Issue 3, pp. 231 à 242).

ESSEC BUSINESS SCHOOL. Évaluer l’impact social avec l’approche SROI. 2012, p. 86.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Belgium Drug Report 2019, pp. 1 à 28., disponible sur https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11345/belgium-cdr-2019_0.pdf

Eurotox & Modus Vivendi. (2010). Usagers de drogues par injection, p. 228., disponible sur https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/2008/09/etude_seringues_besoin_offre.pdf

Eynaud, P., & Mourey, D. (2015). Apports et limites de la production du chiffre dans l’entreprise sociale. Une étude de cas autour de la mesure de l’impact social. In *Revue française de gestion* (Vol. 41, Issue 247, pp. 85 à 100).

Fortin, A., Dancause, L., & Lemire, N. (2018). Guide pratique sur l’impact, p 202.

Freeman K., Jones C.-G., Weatherburn D-J., Rutter S., Spooner C-J., Donnelly N. (2005). The impact of the Sydney medically supervised injecting center (MSIC) on crime.

Gaïa Paris. (2019). Salle de consommation à moindres risques. Gaïa-paris.fr. <https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque/>

Gibbon, J., & Dey, C. (2011). Developments in Social Impact Measurement in the Third Sector: Scaling Up or Dumbing Down? In *Social and Environmental Accountability Journal* (Vol. 31, Issue 1, pp. 63 à 72).

Global Impact Investing Network (GIIN). (2016). Getting started with IRIS, disponible sur <https://thegiin.org/>

Hedrich, D. (2004). European report on drug consumption rooms - Describe DCR history, practice and evidence on individual and public health outcome.

(Im)prove & Fondation Rexel. (2015). Guide de la mesure d'impact social, pp. 24 à 29., disponible sur https://www.rexelfoundation.com/sites/default/files/fondation_rexel_guide_de_la_mesure_dimpact_social.pdf

(Im)prove & Fondation Rexel. (2018). L'analyse coûts bénéfices - Des initiatives à impact sociétal, p. 54., disponible sur <https://www.avise.org/ressources/lanalyse-couts-benefices-des-initiatives-a-impact-societal>

Infor-Drogues. (2011). Échangeur automatique de seringues, la position d'Infor-Drogues. infordrogues.be. <https://infordrogues.be/echangeur-seringues-position/>

Institut National de Santé Publique du Québec. (2009). Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : ANALYSE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE, p. 103., disponible sur https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/962_PertinenceInjecSupervisee.pdf

International Drug Policy Consortium. (2012). Drug consumption rooms : Evidence and practice.

Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R., & Kral, A. (2017). A Cost-Benefit Analysis of a Potential Supervised Injection Facility in San Francisco, California, USA, p. 21., disponible sur <https://idhdp.com/media/531280/sifsanfrancisco.pdf>

Jozaghi, E., Reid, A.-A., Andresen, M.-A. (2013). A cost –benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montréal, Canada. Subst Abuse treat Prev Policy, p. 9.

Kerr T., Tyndall M.-W., Lai C., Montaner J.-S., Wood E. (2008). Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. Int J Drug Policy. p. 6.

Larson, S., Padron, N., Mason, J., & Bogaczyk, T. (2017). Supervised Consumption Facilities – Review of the Evidence, p. 46.

Lievens, D., Vander Laenen, F., Verhaeghe, N., Schils, N., Putman, K., Pauwels, L., Hardyns, W., & Annemans, L. (2016.). The social cost of legal and illegal drugs in Belgium . Maklu, pp. 147 à 206., disponible à la bibliothèque Léon Graulich.

Lloyd-Smith E., Wood E., Zhang R., Tyndall M.-W., Sheps S., Montaner J.-S.-G., et al. (2010). Determinants of hospitalization for a cutaneous injection-related infection among injection drug users: a cohort study. BMC Public Health, p. 7.

Marshall B.-D., Milloy M.-J., Wood E., Montaner J.-S., 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.

Matheï, C., Bourgeois, S., Blach, S., et al. (2016). Mitigating the burden of hepatitis C virus among people who inject drugs in Belgium, p. 2 à 17., disponible sur <http://cdafound.org/publications-content/papers/Mathei%202016%20-%20HCV%20burden%20among%20PWIDs%20in%20Belgium.pdf>

Mayne, J. (2017), "Théories du changement: comment élaborer des modèles utiles". Canadian Journal of Program Evaluation, 32(2), 174-201, p. 28.

Meunier V., Marsden E. (2006). « L'analyse coût-bénéfices, guide méthodologique », Les Cahiers de la sécurité industrielle, p. 59

Modus Vivendi. (2016). 20 ans d'échange de seringues en Belgique Francophone: Quel dispositif d'accès au matériel d'injection à Bruxelles et en Wallonie? (Carnet du risque n°48), pp. 53 à 54., disponible sur https://www.modusvivendi.be/IMG/pdf/carnetrisque_damsi_bxl_walonne_2016-janv2017.pdf

Moreau C., Mortier Q. (2017). L'ÉCONOMIE SOCIALE EN PRATIQUES : Projet SECOIA : pratiques spécifiques des entreprises d'économie sociale et analyse des impacts générés, p. 48., disponible sur <https://orbi.uliege.be/handle/2268/219562>

Mouves. (2012). L'efficacité économique au service de l'intérêt général, le livre blanc des entrepreneurs sociaux, Rue de l'Echiquier, p. 94.

MSIC Evaluation Committee. (2003). Final report of the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre, p. 233.

Mulgan T. (2010). « Measuring social value », Stanford Social Innovation Review.

New economics foundation. (2009). "Proving and improving: a quality and impact toolkit for social enterprise".

NSW Bureau of Crime Statistics and Research. (2010). Trends in Property and Illicit drug crime around the Medically Supervised Injecting Centre in Kings Cross : An update, p. 6., disponible sur <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2010-10/apo-nid22857.pdf>

NSW Health. (2008). Economic Evaluation of the Medically Supervised Injection Centre at Kings Cross (MSIC), pp 6 à 36., disponible sur <https://static1.squarespace.com/static/596f8b1ca803bb496e345ac8/t/598e36569f74563f030694bc/1502492247133/MSIC-Final-Report-26-9-08-Saha.pdf>

Observatoire de l'Économie sociale (OES). (2018). « Etats des lieux de l'économie sociale 2017-18 », p. 20.

OCDE. (2002). « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats », www.oecd.org/

OCDE. (2008). « Théories du changement », revue de l'OCDE sur le développement, n°9, pp. 95 à 103.

OCDE. (2010). « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats ».

Perret B., 2008, L'évaluation des politiques publiques, coll. « Repères », La Découverte, p. 128.

Pinkerton, S. (2010). Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? Addiction.

Première ligne. (2019a). Réduire les risques liés aux consommateurs de drogues. Première Ligne. <http://www.premiereligne.ch/wp-content/uploads/2019/12/Journal-Premie%CC%80re-ligne-no-32.pdf>

Première ligne (2019b). Rapport d'activité de Première ligne 2018/19. pp. 47 à 48., disponible sur <http://www.premiereligne.ch/wp-content/uploads/2019/05/Rapport-dactivite%CC%81s-Premie%CC%80re-ligne-2018.pdf>

Salathé-Beaulieu, G. (2017). Le catalogue Impact Reporting and Investment Standards (IRIS). Québec: Territoires innovants en économie sociale et solidaire, p. 6.

Salmon AM, Van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. (2010). The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Addiction, p. 9.

SAW-B. (2014). Évaluation de l'impact social : de quelques clarifications et craintes, p. 11., disponible sur <http://www.saw-b.be/spip/L-evaluation-de-l-impact-social-de>

Schäffer, D., Stöver, H., et Weichert, L. (2014). Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges, Amsterdam : Regenboog Groep, pp. 7 et 8.

Schäffer, & D., Stöver, H. (2014). SMOKE IT ! Promoting a change of opiate consumption pattern – from injecting to inhaling. Harm reduction journal, p. 8.

Scholten, P., Harling, A.-M., & Hehenberger, L. (2013). A practical guide to measuring and managing impact.

Sciensano. (2018). USAGE DES DROGUES : Enquête de Santé 2018, p. 96., disponible sur https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/ID_FR_2018.pdf

Scott, D. (2005). Adalbert Evers and Jean-Louis Laville (eds.), The Third Sector in Europe, Edward Elgar, Cheltenham, UK. In VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations (Vol. 16, Issue 2, pp. 203 à 214).

Stievenart E., Bellue C., Dasnoy J. (2013). Petit précis de l'évaluation de l'impact social, p. 15.

Stievenart, E., & Pache, A.-C. (2014). Évaluer l'impact social d'une entreprise sociale : points de repère. In Revue internationale de l'économie sociale: Recma, (Issue 331, pp. 76 à 88).

TADAM. (2020). Rapport d'activité de la SCMR de Liège (18-19).

The SROI Network. (2012). A guide to Social Return on Investment, 2e éd, p. 110.

UNICEF. (2014). « Théorie du changement », Évaluation d'impact n°2, Notes méthodologiques, p. 17.

Uniting. (2020). Art from the Heart of the Cross 2019 - Kingscross artwork exhibition. Art from the Heart of the Cross, disponible sur <https://artfromtheheart.uniting.org/2019/>

Uniting NSW.Act. (2019). Annual report 2018/19, p 74.

Urban Health Research Initiative. (2016). INSIGHT into INSITE, p. 4., disponible sur https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2016/10/insight_into_insite.pdf

Van Baelen, L., Plettinckx, E., Antoine, J., & Gremiaux, L. (2020). Prevalence of HCV among people who inject drugs in Brussels—a respondent-driven sampling survey, disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7035658/>

Wiesel, M., Myrseth, K. O. R. & Scholtens, B. (2017). Social Preferences and socially Responsible Investing : a Survey of US investors, Working paper, University of St Andrews.

Wood E., Tyndall M-W., Lai C., Montaner J-S., Kerr T. (2006). Impact of a medically supervised safer injecting facility on drug dealing and other drug-related crime. Subst Abuse Treat Prev Policy, p. 4.

AUTRES

AIDS-Hilfe Frankfurt. (2020, 7 avril). La Strada – Drogenhilfenzentrum der AHF. frankfurt-aidshilfe.de. <https://www.frankfurt-aidshilfe.de/la-strada>

aufeminin.com SA, 75002 Paris, France. (2017, 9 mai). Salle de shoot : ces salles de consommation à moindre risque ? - Onmeda.fr. onmeda.fr. <https://www.onmeda.fr/addictions/salle-de-shoot.html>

Entretien avec Dominique DELHAUTEUR, Coordinateur général de la Fondation privée TADAM, à la SCMR de Liège, 26 novembre 2019.

Entretien avec Manon REYNDERS, Gestionnaire de projet, à l'Observatoire Liégeois des Drogues, le 2 juin 2020.

Entretien avec Serge LONGÈRE, Directeur Général de Première Ligne à Genève, en visio-conférence, le 3 juillet 2020.

Health Canada. (2008). Vancouver's INSITE Service and Other Supervised Injection Sites : What Has Been Learned from Research? Disponible sur <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/reports-publications/vancouver-insite-service-other-supervised-injection-sites-what-been-learned-research.html>

Hépatites Info Service (2019), Hépatite C : symptômes, diagnostic et traitements. <https://www.hepatites-info-service.org/hepatite-c/>

Mutualité chrétienne. (2019). Le trajet du médicament, du développement de la molécule à la mise à disposition des patients, disponible sur https://www.mc.be/media/mc-academy-medicaments-caroline-lebbe_tcm49-56253.pdf

SPF Finances. (2020, 13 janvier). Attestations (reçus). <https://finances.belgium.be/fr/asbl/dons/attestations>

Vancouver Coastal Health. (2019). Insite user statistics, disponible sur <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>

Ville de Liège. (2015). Tableaux de bord population, disponible sur <https://www.liege.be/fr/vie-communale/administration/liege-en-chiffres/tableaux-de-bord-population>

Ville de Liège. (2018). Une salle de consommation à moindre risque ouvre à Liège. www.liege.be. <https://www.liege.be/fr/actualites/une-salle-de-consommation-a-moindre-risque-ouvre-a-liege>

Votre Indicateur Du Vivre Mieux. (2020). <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/belgique-fr/>

X., “Immersion dans le Liège des toxicomanes”, La Libre, 2013, disponible sur <https://dossiers.lalibre.be/toxicomanie-a-liege/>

X., “La loi interdit toujours les salles de shoot”, Le Soir, 14 avril 2019, disponible sur <https://plus.lesoir.be/218551/article/2019-04-15/la-loi-interdit-toujours-les-salles-de-shoot>

X., “Salle de shoot le lobbying liégeois se heurte aux réticences flamandes”, Le Soir, 06 avril 2018, disponible sur <https://plus.lesoir.be/149576/article/2018-04-06/salles-de-shoot-le-lobbying-liegeois-se-heurte-aux-reticences-flamandes>

X., “C'est comment ailleurs, les salles de shoot en Suisse”, France Tv Info, 17 octobre 2017 disponible sur https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c'est-comment-ailleurs/c'est-comment-ailleurs-les-salles-de-shoot-en-suisse_2400080.html

X., “Le Fédéral fait toujours obstacle à la création de SCMR (Guide Social)”, Fedito bxl, 9 avril 2018, disponible sur <https://feditobxl.be/fr/2018/04/le-federal-fait-toujours-obstacle-a-la-creation-de-scmr-guide-social/>

X., “La salle de shoot liégeoise: c'est quand même mieux de faire ça ici, dans la rue il y a des enfants...”, Le Soir, 15 avril 2019, disponible sur <https://plus.lesoir.be/218661/article/2019-04-16/la-salle-de-shoot-liegeoise-cest-quand-meme-mieux-de-faire-ca-ici-dans-la-rue-il>

X., “La première SCMR de Bruxelles se dessin en coulisses”, Le Soir, 17 janvier 2020, disponible sur <https://plus.lesoir.be/273730/article/2020-01-17/la-premiere-salle-de-consomation-de-bruxelles-se-dessine-en-coulisses>

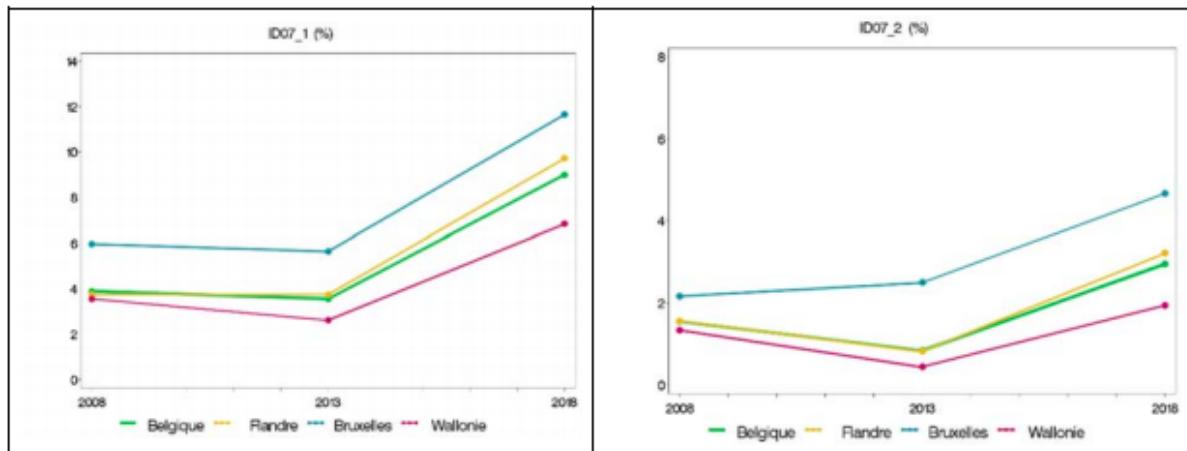
X., « Stéribornes : une véritable avancée et une prise de conscience parlementaire », BX1, 2018, disponible sur, <https://bx1.be/news/steribornes-veritable-avancee-prise-de-conscience-parlementaire>

X., « Stéribornes : une véritable avancée et une prise de conscience parlementaire », BX1, (VIDEO), 2018, disponible sur, <https://bx1.be/news/steribornes-veritable-avancee-prise-de-conscience-parlementaire>

ANNEXES

Annexe n°1 : La Salle de Consommation à Moindre Risque

Figure : 1 - Pourcentage de la population de 15 à 64 ans ayant consommé d'autres substances que le cannabis au cours de la vie (ID07_1) et au cours de l'année écoulée (ID07_2), par région et par année, Enquête de santé, Belgique 2018



Source : Sciensano, Mode de vie et maladies chroniques - Usages des drogues, une Enquête de santé 2018

Tableau : 1 - Pourcentage de la population de 15-64 ans qui a consommé une des substances dans la liste au cours des 12 derniers mois, par sexe et dans trois groupes d'âge, Enquête de santé, Belgique 2018

	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)	15-24 ans (%)	25-34 ans (%)	35-44 ans (%)
Cocaïne	1,5	2,6	0,4	1,8	3,7	2,0
Ecstasy	1,2	1,9	0,5	1,8	3,0	1,3
Opioïdes	0,6	0,6	0,7	0,4	0,7	1,1
Hallucinogènes	0,5	0,7	0,3	1,2	0,6	0,7
Amphétamines	0,4	0,8	0,01	0,5	1,0	0,5
Kétamine	0,4	0,7	0,1	1,5	0,6	0,3
NSP *	0,3	0,4	0,2	1,1	0,4	0,2
Métabaphétamines	0,1	0,2	0,0	0,6	0,05	0,07
GBL/GHB	0,04	0,04	0,04	0,0	0,1	0,1
Héroïne	0,07	0,1	0,0	0,0	0,0	0,03
Crack	0,006	0,01	0,0	0,0	0,0	0,02

* NSP=Nouvelles Substances Psychoactives

Source : Sciensano, Mode de vie et maladies chroniques - Usages des drogues, une Enquête de santé 2018

Tableau : 2 - Pourcentage de la population de 15-64 ans qui a consommé une des substances listées au cours des 12 derniers mois, en Belgique et par région, Enquête de santé, Belgique 2018

	Belgique (%)	Flandre (%)	Bruxelles (%)	Wallonie (%)
Cocaïne	1,5	1,7	2,9	0,7
Ecstasy	1,2	1,3	2,5	0,6
Opioïdes	0,6	0,7	0,2	0,6
Hallucinogènes	0,5	0,5	1,2	0,2
Amphétamines	0,4	0,4	0,6	0,4
Kétamines	0,4	0,5	0,6	0,2
NSP*	0,3	0,3	0,06	0,5
Méthamphétamines	0,1	0,06	0,1	0,2

* NSP=Nouvelles Substances Psychoactives

Source : Sciensano, Mode de vie et maladies chroniques - Usages des drogues, une Enquête de santé 2018

Annexe n°2 : La Salle de Consommation à Moindre Risque de la Ville de Liège

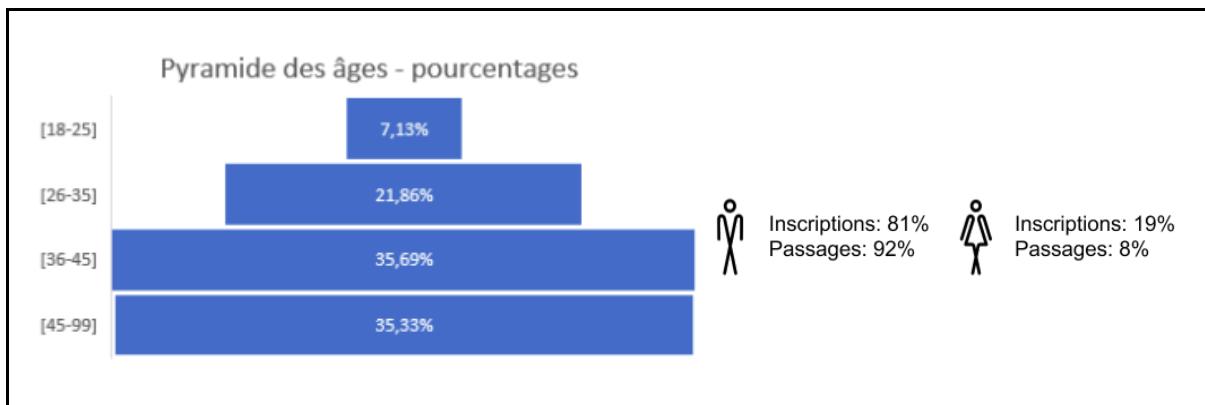
Les bénéficiaires de la SCMR

Tableau : 3 - Données utilisées pour analyser les bénéficiaires de la SCMR

Variables	Notes	Valeurs
Profil connu des bénéficiaires		70% des consommateurs ont entre 36 ans et 99 ans Majoritairement des hommes
Nombre d'inscrit		571 inscrits
Nombre de passage	Fin 2019, nous dénombrons 55 passages, soit une augmentation de 175% du nombre de passages depuis septembre 2018	Sur 16 mois, on trouve 44 passages en moyenne par mois
Taux de fidélisation	Le taux de fidélisation varie en fonction de la barre de la fidélité	1 fois par jour au moins = 3,8%, 1 fois par semaine au moins = 18%
Actes de consommation	60% d'inhalation et 40% d'injection	20.688 actes de consommation
Heures d'ouverture		Ouverture 7j/7 (48h/ semaine)
Taux de fréquentation	de 16h30 à 19h30, (représentant 17 %, pour 4 jours par semaine) de 08h30 à 12h30 (représentant 11%, 2 jours seulement)	La plage horaire de 12h30 à 16h30 représente 72% du total des passages
Produits proposés		Pipes à crack (411 vendues), gélules de bicarbonates (558 gélules proposées en interne), seringues stériles (13 813 seringues dont 7 517 en salle)
Produits proposés (extérieur)	Taux de récupération du matériel stérile 83%	3 353 seringues stériles (sur principe d'échange) et 2 943 distribuées (quand Accueil Drogues fermé) ; 1297 feuilles d'aluminium ; 285 stérifilts
Conseils prodigués	En fin d'année 2019	Baisse de 66% Augmentation de 198% du lavage de main
La réglementation	Moins de 10% des inscrits ont été définitivement exclus 24% des exclusions définitives ont été réadmis	135 contraventions distribuées ; 53 ont donné lieu à des exclusions définitives
Cas de surdosage		7 intoxications ; 2 overdoses d'héroïne ; 1 overdose de cocaïne
Soins	Suivi de 31 transferts vers les hôpitaux	1513 soins
Pédicure médicale	Depuis le 19/08/19	54 soins
Services (coiffure, massage,...)		217 services (160 pour la coiffure)
Médecine générale	Suivi de 38 hospitalisations	336 consultations
Principe de réinsertion	Grâce aux partenaires locaux	491 entretiens thérapeutiques ; 300 suivis médico-sanitaires ; 386 orientations sociales
Détection de virus		17 intradermo-réaction à la tuberculine ; 3 tuberculoses ; 22 prises de sang et des dépistages HIV et HCV
Maraudes		175 seringues ramassées

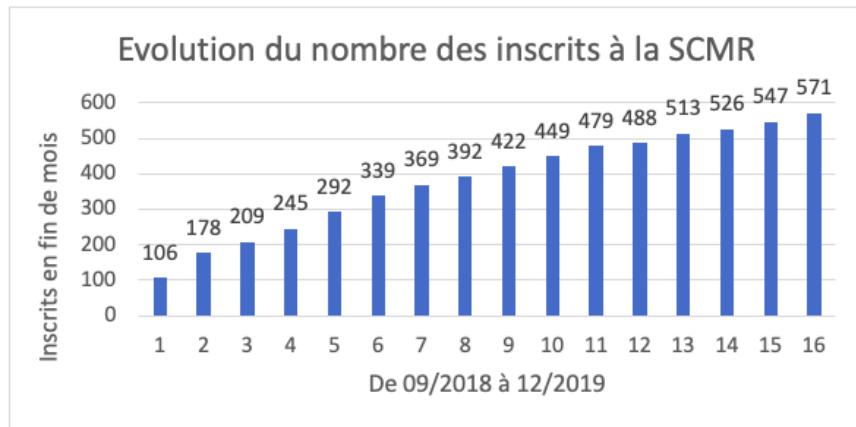
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 2 - Pyramide des âges et répartition en fonction du genre de l'individu



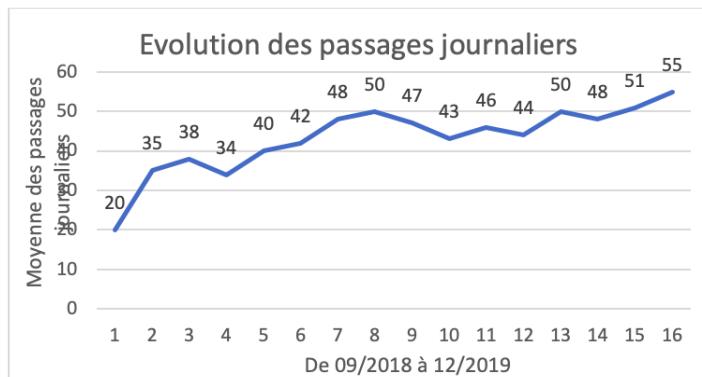
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 3 - Évolution des inscriptions les 16 derniers mois



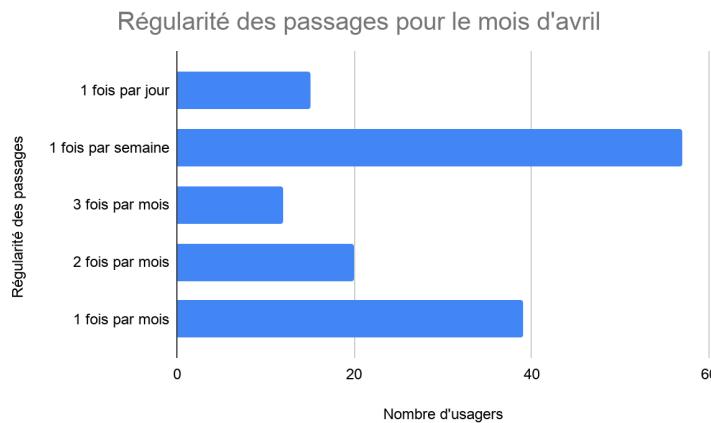
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 4 - Évolution des passages journaliers



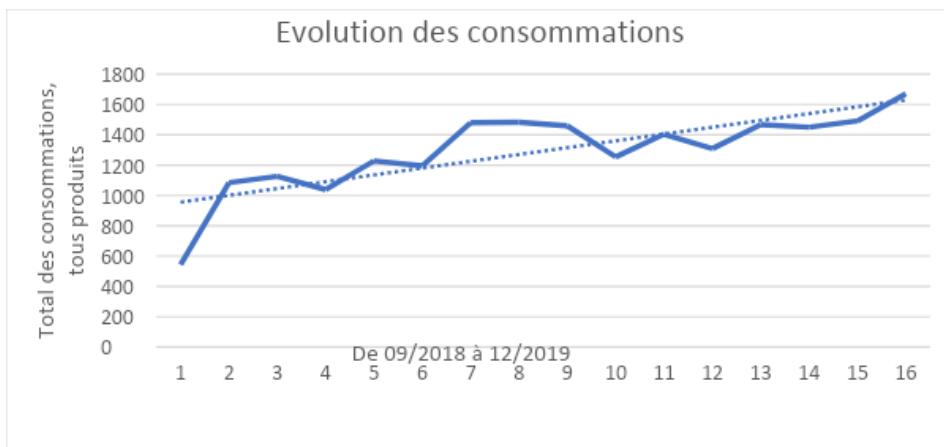
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 5 - Régularité des passages pour le mois d'avril 2019¹



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

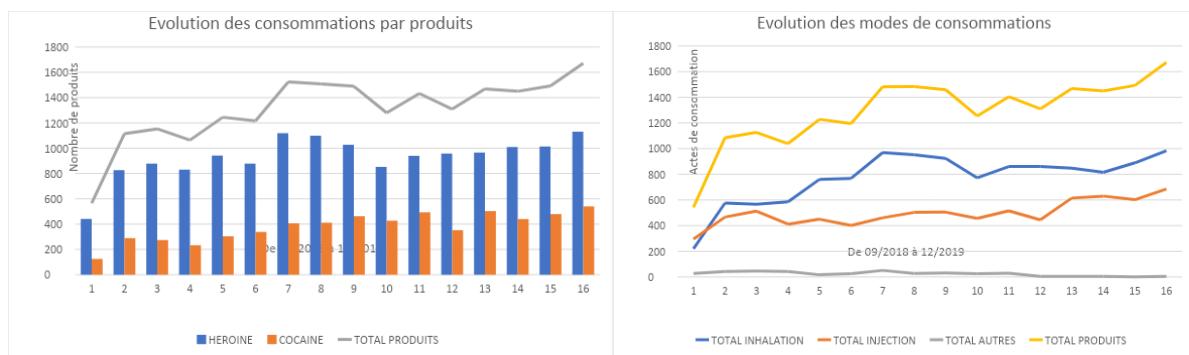
Figure : 6 - Évolution des consommations en 16 mois (tous produits et modes de consommation inclus)



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

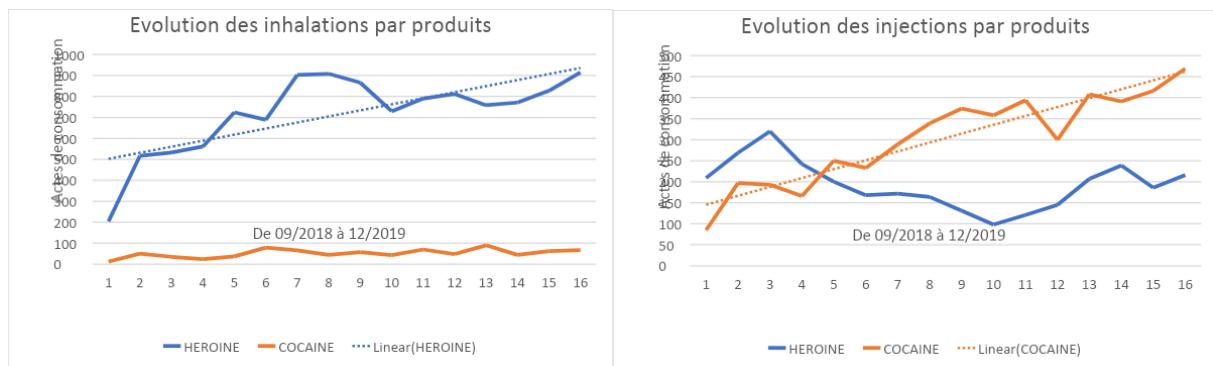
¹ La SCMR n'a pas encore d'outils informatique permettant de savoir, au jour le jour, le nombre d'utilisateurs différents de la SCMR. La figure 5 nous montre 1 à 97 passages pour 140 usagers pour le mois d'avril.

Figure : 7 - Évolution des consommations (produits et modes)²



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 8 - Évolution du mode de consommations par produits



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

² L'évolution du type de consommations ne prend en compte que l'héroïne et la cocaïne, au vu de la rareté des autres produits. Dans l'évolution des modes de consommations, rubrique autres, représente les actes de sniff.

Annexe n°3 : La Salle de Consommation à Moindre Risque de la Ville de Liège

Analyse de la structure

Tableau : 4 – Parties prenantes identifiées de la SCMR

	Les parties prenantes	Précision	Contribution	Activités
Internes	Employés	Une infirmière en chef Six infirmier.es Trois éducateur.trices	Ressources humaines/Compétences	Gestion de la salle et de ses alentours (maraudes, surveillances, encadrement sanitaire, conseils sanitaire, échange de matériels stériles, soins, consultations)
	Les bénéficiaires	Toxicomanes	/	Usagers de la SCMR
	Service hospitalier	CHR; CHC; ISoSL; CHBA	Temps	Service "COALA" (Coordination et accompagnement du lien parental et des assuétudes) Hospitalisation pour infection de la peau et des tissus mous Prise de sang Dépistage pour virus Interventions d'urgence
			Compétences	Formation aux premiers secours par le service « Prise en charge d'urgences spécifiques » Échanges de bonnes pratiques professionnelles notamment thérapeutiques
Connectées	Agents de l'autorité	Police locale de Liège	Compétences	Formations à la prévention de la violence et à la reconnaissance des produits stupéfiants de rue
			Temps	Maraudes aux alentours de la SCMR
	Service d'insertion	SSM ALFA (Accueil Drogues)	Compétences	Aide à l'orientation psychosociale des usagers Formation dans l'échange de matériels stériles
				Présence de quatre travailleurs sociaux pour l'orientation sociale (<i>annulé</i>)
		Relais social de Liège	Temps	Aide à l'accompagnement afin de retrouver un logement (éducateurs de rue du Relais Social du Pays de Liège)
	Services de dépistage	SIDASOL	Compétences, temps	Interventions dans la SCMR pour le dépistage du VIH/IST et hépatites

		FARES	Compétences, temps	Interventions dans la SCMR pour dépister les infections respiratoires
Fournisseurs	Modus Vivendi	Ressources matérielles		Fournisseur de matériels stériles
		Compétences		Formation Modus Vivendi sur les nouveaux matériels stériles
Prestataires externes (employés)	Service de gardiennage (FACT GROUP)	Ressources humaines		Un.e gardien.ne de sécurité pendant les heures d'ouverture (réserve de 5 agents)
	Médecin (deux médecins généralistes (6 heures/semaine))	Ressources humaines		Possibilité d'intervention en cas de surdose
				Consultations
La Ville de Liège	Région wallonne/Ville de Liège	Ressources financières		2019: subvention de la Région Wallonne de 830.000 €
				2018: subvention sur fonds propres de la Ville de Liège de 286.000 €
Externes	Entreprises locales	Entreprises dans le périmètre de la SCMR	/	/
	Les citoyens	Riverains dans le périmètre de la SCMR	/	/
	Agents communaux	Agents travaillant dans le périmètre de la SCMR	/	/

Figure : 10 – La problématique sociale

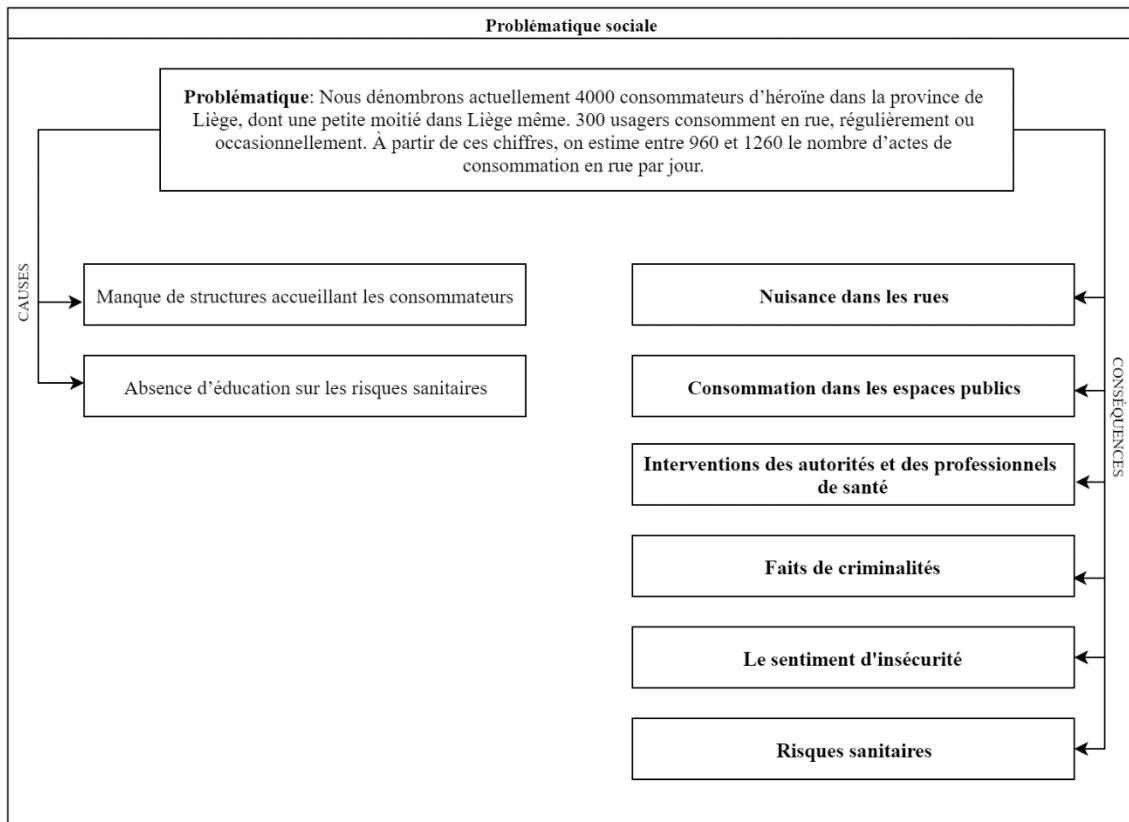


Figure : 11 – La mission sociale

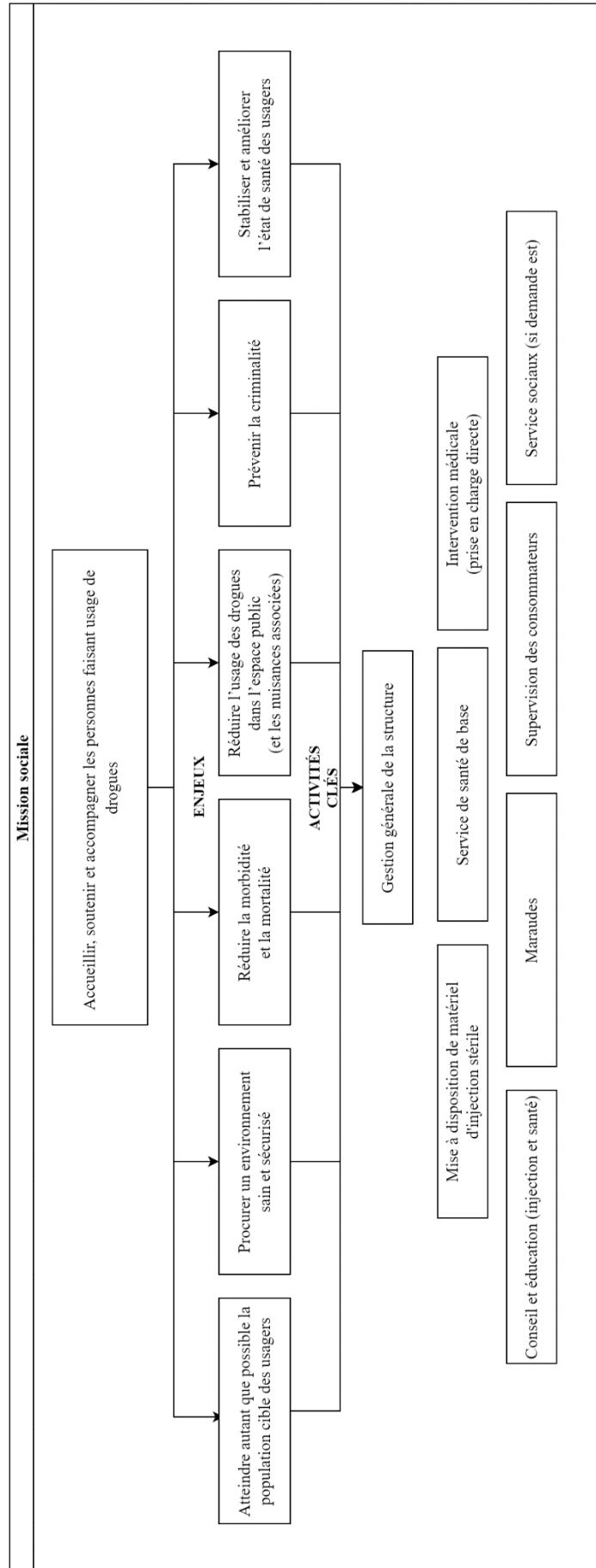


Tableau : 5 - Le modèle logique de la SCMR

	Chaîne de résultats (ou logique d'intervention)	Indicateurs de réalisation objectivement vérifiables, en 12 mois (IOV)	Sources et moyens de vérification (SOV)	Hypothèses
Objectif Général	Les consommateurs de stupéfiants sont responsabilisés sur les risques sanitaires envers eux-mêmes et pour autrui.	100% des consommateurs connaissent les pratiques et les règles pour consommer responsablement.	- Une auto-évaluation est réalisée pour chaque consommateurs sur les pratiques, les règles apprises dans l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'auto évaluation - Auto-évaluation non pertinente - Manque d'implication
Objectifs spécifiques (OE)	OE 1: La présence d'une SCMR a permis d'atteindre autant que possible la population cible	- 50% des consommateurs sont inscrits dans la SCMR	- Étude terrain du nombre de consommateurs dans les rues de Liège et comparer avec les inscrits de la SCMR	<ul style="list-style-type: none"> - Les consommateurs ne sont parfois pas enclins à collaborer (s'inscrire et données des informations personnelles) - Les consommateurs définitivement exclus peuvent nuire à l'image de la structure - La difficulté de connaître le nombre de consommateurs dans Liège
	OE 2: La SCMR procure un environnement sain et sécurisé	- 100% des bénéficiaires sont satisfaits des conditions d'hygiène de la consommation des drogues	- Enquête de satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête non-pertinente suite aux réponses
		- Réduction drastique des risques	- Rapport d'un contrôle sanitaire	
	OE 3: La SCMR a permis la réduction de la morbidité ainsi que de la mortalité et permet de stabiliser ainsi que d'améliorer l'état de santé des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun cas de mortalité - Réduction de la prévalence suite à la consommation de drogues - Réduction des plaies liée à l'injection de stupéfiants 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès des hôpitaux / SMUR sur les types de symptômes rencontrés (avec son évolution) - Étude sur la mortalité avant/après la SCMR - Enquête auprès des hôpitaux et le SMUR sur le nombre de personnes accueillies via la SCMR, sans la SCMR, et avant/après celle-ci 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de la consommation de drogues de la part des usagers

	OE4: Réduction de l'usage de drogues dans l'espace public	- 50% des toxicomanes consomment dans la SCMR	- Analyse de la fidélisation des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Réticences à s'enregistrer - Limitation des heures d'ouverture de la SCMR - Régime de sanction trop imposant - Interdictions (de fumer du tabac ou de consommer de l'alcool pendant les consommations ; d'utiliser l'ammoniaque pour baser la cocaïne ; de préparer à la "turque" ...) et l'obligation d'utiliser les stérifilts.
	OE 5: Prévenir la criminalité	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune criminalité n'est liée aux consommateurs inscrits dans la SCMR 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès de la police, des citoyens et des entreprises aux alentours 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'encadrement
Résultats	R1.1 : Présence accrue des toxicomanes dans l'enceinte de l'établissement lors de la prise de stupéfiant	<ul style="list-style-type: none"> - 100% des usagers se sentent plus en sécurité dans une SCMR - 100% des usagers souhaitent réduire leurs risques - 90% des usagers respectent les règles de la structure 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Les interdictions, les obligations et les sanctions sont trop contraignantes
	R1.2 : Fidélisation	Taux de fidélisation de 50%	<ul style="list-style-type: none"> - Un rapport sur les passages des usagers est réalisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les interdictions, les obligations et les sanctions sont trop contraignantes
	R2.1 : Respect des règles d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - 100% des usagers ont pris conscience des règles d'hygiène imposées - 100% ont pris l'habitude de respecter les règles d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse sur le respect des règles d'hygiène et de sa bonne pratique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise des bonnes pratiques SEULEMENT dans la structure et perte de celles-ci à l'extérieur
	R2.2 : Consommation plus responsable	<ul style="list-style-type: none"> - 60% des consommateurs n'utilisent plus que du bicarbonate de soude pour faire leur crack 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès des consommateurs 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de moyens pour approvisionner le bicarbonate de soude - Manque d'engagement de la part des pairs pour former les usagers à utiliser le bicarbonate de soude

	R.2.3: Réduction des risques	Réduction constante des conseils donnés pour la RdR	- Bilan sur les conseils donnés pour la RdR	- Les bonnes habitudes prises par les usagers se dégradent
		60% des consommateurs pratiquent le lavage des mains avant injection	- Étude auprès des consommateurs sur le lavage des mains	
	R.2.4 Utilisation de matériel stériles	80% des consommateurs utilisent du matériel stérile pour consommer la substance	- Bilan auprès des consommateurs sur l'utilisation de matériaux stériles - Étude sur la quantité de matériaux stériles échangées	- Intérêt des consommateurs pour dissocier les pièces du matériel donné, et ainsi d'utiliser du matériel non stérile
	R2.5 : Sensibilisation des consommateurs aux règles d'intérieur	100% des usagers respectent les règles	- Signature de trois documents: le règlement d'intérieur, le contrat d'utilisation, ainsi que l'échelle des sanctions.	- Les usagers se sentent trop encadrés
	R3.1 Aucun cas de décès	L'équipe connaît les procédures à suivre en cas d'incident	- Rapport du/des médecins - Bilan sur les cas enregistrés dans la SCMR (overdoses, intoxications,...) - Auto-évaluation des employés - Évaluations formatives	- Manque de surveillance
	R3.2 Réduction des infections	100% des usagers respectent les règles d'hygiène 100% des usagers, sous traitement, le suivent	- Formulaire de suivi mis en place	- Les consommateurs ne respectent pas les règles d'hygiène à l'extérieur de la salle
	R.3.3 Augmentation des dépistages	- 80% des usagers ont confiance envers le personnel soignant - 100% des usagers veulent améliorer leur état de santé	- Ratio du nombre d'inscrit et du nombre de dépistage - Suivi des usagers	- Refus d'obtempérer
	R.3.4 Amélioration du bien-être et des conditions de vie des usagers	- 80% des usagers ont confiance envers le personnel soignant - 100% des usagers veulent améliorer leur état de santé - Une partie des usagers veut sortir de cette situation de dépendance	- Enquête sur la satisfaction des usagers - Étude psychologique des usagers	- Refus de passer trop de temps dans le centre
	R.3.5 Professionnalisation du personnel	- 100% des employés sont formés et participent à des stages pour la bonne prise en main des usagers	- Évaluation des compétences du personnel	- Manque de moyen pour former

	R4.1 Réduction de la consommation dans les espaces publics	<ul style="list-style-type: none"> - Ouverture 7j/7 de la SCMR (48h/semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan sur l'impact des heures d'ouverture de la SCMR - Analyse terrain sur les actes de consommation 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrictions trop importantes dans les SCMR - Les sanctions données dans les SCMR peuvent faire fuir les usagers
	R4.2 Réduction d'ustensiles abandonnés dans les espaces publics	<ul style="list-style-type: none"> 95% du matériel stérile donné est rendu en bonne et due forme (complet) 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude terrain 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt des consommateurs pour dissocier les pièces du matériel donné
	R4.3 Réduction de la nuisance public	<ul style="list-style-type: none"> - 90% des citoyens et de la police locale ne se plaignent pas des nuisances - 90% des citoyens et de la police locale trouvent nécessaire la présence de la SCMR en ce lieu - Réduction de la criminalité - Réduction de regroupements, de consommations en rue ainsi que l'abandon de déchets 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude auprès des riverains et de la police locale 	<ul style="list-style-type: none"> - Se sentent plus libre de consommer dans des lieux publics que dans une salle avec des règles contraignantes
	R5.1 Réduction des actes criminels aux alentours de la SCMR	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des sanctions attribuées - Diminution de la criminalité aux alentours de la SCMR 	<ul style="list-style-type: none"> - Étude auprès des riverains et de la police locale 	<ul style="list-style-type: none"> - Dealer pour subvenir à ses besoins

	Le détail des activités	Moyens	Préconditions	Impact de nos activités sur les bénéficiaires directs
Résultat 1.1				
	A.1.1.1 Ouverture 7j/7 de la SCMR et 48h/semaine	Humain: Présence d'un gardiennage, et de 3 infirmier*s minimum pour l'ouverture	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'un planning 	<i>MINDMAP</i>
Résultat 1.2				
Activités (A)	A.1.2.1 Comptage manuel des usagers entrant	Humain: membre de l'équipe à l'accueil	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'un tableau organisationnel 	<i>MINDMAP</i>
	A.1.2.2 Réalisation de rondes autour de la SCMR pour prévenir les consommateurs	Humain: deux personnels soignants Matériel: Gilet jaune et sac à dos (couleurs TADAM), matériel nécessaire pour ramassage de seringues	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne entente avec l'équipe collaboration (Accueil Drogues) - Bonne relation avec la police locale 	<i>MINDMAP</i>

Résultat 2.1			
A.2.1.1 Encadrement sanitaire	Humain: Un membre de l'équipe d'infirmier*	- Bonne connaissances des règles d'hygiène	<i>MINDMAP</i>
Résultat 2.2			
A.2.2.1 Groupe d'éducation par les pairs	Humain: le personnel formé par les usagers Matériel: pipes à crack, gélules de bicarbonate	- Bonne entente avec les usagers	<i>MINDMAP</i>
Résultat 2.3			
A.2.3.1 Mise à disposition du matériel stérile	Matériel: Matériel pour l'injection et la réalisation de garrot	- Préparation du matériel - Gestion des stocks	<i>MINDMAP</i>
A.2.3.2 Surveillance attentive	Humain: Un membre de l'équipe d'infirmier*		<i>MINDMAP</i>
A.2.3.3 Conseils sanitaires	Humain: Un membre de l'équipe d'infirmier*	- Bonne connaissances des règles d'hygiène	<i>MINDMAP</i>
A.2.3.4 Former un groupe d'usagers volontaires sur la bonne pratique du lavage de main	Matériel: Folder Humain: Un membre de l'équipe d'infirmier*, et des usagers	- Bonne entente avec les usagers	<i>MINDMAP</i>
Résultat 2.4			
A.2.4.1 Échange de matériel stérile	Humain: Un membre de l'équipe d'infirmier* Matériel: matériels stériles, matériels pour l'inhalation et la préparation du crack	- Bonne gestion des stocks entrées/sorties	<i>MINDMAP</i>
Résultat 2.5			
A.2.5.1 Mise en place d'une surveillance constante	Humain: Membres de l'équipe, agent de gardiennage présent Matériel: Contrats	- Rédaction du règlement d'intérieur, du contrat d'utilisation et de la fiche reprenant les sanctions - Collaboration avec la police locale - Avis des partenaires locaux	<i>MINDMAP</i>
Résultat 3.1			
A.3.1.1 Les bonnes pratiques: Mise en place de consignes écrites et renouvellement du matériel, de l'équipement, etc.		- Gestion des stocks - Réunions hebdomadaires	<i>MINDMAP</i>
Résultat 3.2 / 3.3			

	A.3.2.1 Soins infirmiers et mise en place de protocole - Pédicure médicale - Distribution de traitements - Mise en place d'un registre pour la supervision des stocks de médicaments - Gestion des traitements des usagers	Humain: Équipe soignante Matériel: Document suivi des plaies Lieu: Espaces dédiées aux activités	- Formations - Fiche de suivis	<i>MINDMAP</i>
	A.3.2.2 Consultation médicale ; Examens médicotechniques	Humain: personnel extérieur	- Bonne collaboration avec les partenaires	<i>MINDMAP</i>
Résultat 3.4				
	A.3.3.1 Mise en place d'un parcours d'aide et de soins	Humain: Équipe soignante	- Contacts et partenaires avec des spécialistes	<i>MINDMAP</i>
	A.3.3.2 Mise en place d'ateliers bien-être - Coiffeur - Manucure / massage des mains - Pédicure / bain et massage des pieds - Massage assis - Gommage / masque - Massage visage - Massage crâne	Humain: Équipe soignante Matériel: Produits pour chaque activités Lieu: Local pour les activités	- S'assurer des compétences du personnel	<i>MINDMAP</i>
Résultat 3.5				
	A.3.5.1 Mise en place d'ateliers de formation	Humain: équipe SCMR + Formateurs	- Bonne collaboration avec les partenaires	<i>MINDMAP</i>
Résultat 4.1				
	A.4.1.1 Ouverture 7j/7 de la SCMR (48h/semaine)	Humain: minimum 4 personnes	- Organisation d'un planning	<i>MINDMAP</i>
	A.4.1.2 Éduquer les usagers	Humain: Équipe soignante	- Écoute des usagers	<i>MINDMAP</i>
Résultat 4.2				
	A.4.2.1 Principes d'échanges d'ustensiles	Humain: Équipe soignante	- Matériels en bonne et due forme	<i>MINDMAP</i>
	A.4.2.2 Éduquer les usagers	Humain: Équipe soignante	- Écoute des usagers	<i>MINDMAP</i>
Résultat 4.3				

		Humain: 2 Matériel: équipés de gilets jaunes et de sac à dos aux couleurs de la Fondation privée TADAM, matériel nécessaire à un ramassage correct des seringues usagées	- Attitude thérapeutique et/ou social	<i>MINDMAP</i>
Résultat 5.1				
A.5.1.1 La surveillance des locaux de la SCMR et de ses abords pendant les heures d'ouverture aux usagers	Humain: Membres de l'équipe, agent de gardiennage présent Matériel: Contrats	- Bonne collaboration avec la police locale	<i>MINDMAP</i>	
A.5.1.2 Maraudes réalisées par l'équipe SCMR en accord avec la police locale	Humain: 2 Matériel: équipés de gilets jaunes et de sac à dos aux couleurs de la Fondation privée TADAM, matériel nécessaire à un ramassage correct des seringues usagées	- Bonne collaboration avec la police locale	<i>MINDMAP</i>	
A.5.1.3 Gestion des sanctions	Moyen humain: 2 inf. Moyen matériel: logiciel de gestion (Excel); feuilles	- Garder le lien thérapeutique et/ou social - Connaissance des règles	<i>MINDMAP</i>	

Tableau : 6 - Besoin social et activités

Réduction des risques sanitaires		
	Atteindre autant que possible la population cible des usagers à haute risque	Sources
Faits sur Liège	> Forte concentration de toxicomanes, consommateurs chroniques (d'héroïne ou de cocaïne) dans la Province de Liège > 4000 consommateurs, environ, sont présents dans la province de Liège dont une petite moitié dans Liège même	(La Libre, 2013) (La Libre, 2013)
Activités spécifiques	<p>> <u>Ouverture de la SCMR :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les heures d'ouverture de la salle est un facteur agissant favorablement sur la diminution de la consommation des drogues en rue. - Ouverture 7j/7 pour 48h/semaine. - Ouverture matinale les mercredi et vendredi, est due aux jours de paiement du RIS par le CPAS. - Plage horaire la plus fréquentée est celle de 12h30 à 16h30 = 72% du total des passages, - Plage horaire "moyenne" de 16h30 à 19h30 = 17 % du total des passages (pour 4 jours par semaine) - Plage horaire la moins couverte de 08h30 à 12h30 (2 jours seulement) = 11% du total des passages. <p>> <u>Les maraudes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour atteindre le maximum de consommateurs en rue, des maraudes sont réalisées dans les alentours de la SCMR. - Sur un périmètre donné. - Participation du personnel d'Accueil Drogues. - L'équipe = soignants désignés, par binômes - Diffusion de bonnes informations sur la SCMR. 	(Rapport d'activité 18-19) (Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)
	Procurer un environnement sain et sécurisé	Sources
Faits sur Liège	> 82% des usagers de drogues injecteurs (UDI) rencontrés, déclaraient avoir des difficultés à se procurer des seringues le week-end et 63% n'arrivaient pas à en trouver. > Des dispositifs renforcés ont été mis en place comme: SIAJEF, Pharmacie Dantoin, Accueil-Drogues, Start-E Bis, Icar Wallonie, Relais social du Pays de Liège, Saf Ti Liège	(Eurotox & ; Modus Vivendi, 2010) (Modus Vivendi, 2019)
Activités spécifiques	<p>> <u>Groupe d'éducation par les pairs:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Craque pas offert à la vente (doit être transformé: cocaïne + ammoniaque (ou bicarbonate de soude)). - Transformation en salle autorisée avec le bicarbonate de soude. - Le groupe d'éducation permet à des usagers de former d'autres usagers ainsi que l'équipe de la SCMR quant à l'utilisation du bicarbonate pour créer du craque. - Dans la salle, la transformation est autorisée seulement avec du bicarbonate de soude. - Création d'une brochure explicative = transformer les habitudes de préparation en rue. - De novembre 2018 à décembre 2019, 411 pipes à crack ont été vendues aux usagers de la SCMR et 558 gélules de bicarbonate ont été délivrées pour les consommations internes. - Un autre groupe (volontaire) permet l'éducation sur la bonne pratique du lavage de main. - Création d'un folder explicatif = bonne pratique à l'extérieur + pour l'année 2019, le quart et parfois le tiers des passages en salle d'injection, se fait d'abord par un lavage des mains. 	(Rapport d'activité 18-19) (Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)

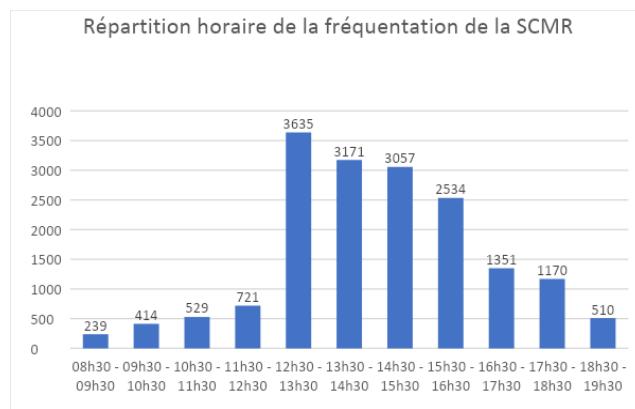
	<p>> <u>Réduction des risques:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise à disposition de matériel stérile, la proposition de conseils sanitaires, la surveillance attentive et la formation de groupe d'usagers volontaire pour la bonne pratique du lavage de main. - Mise à disposition de matériel stérile nécessaire à l'injection (13.813 seringues stériles) - La surveillance attentive, est obligatoire, permanente et réalisée par l'équipe infirmière - Conseils sanitaires = facilitent les actes et évitent les risques et conséquences morbides. - Le nombre de conseils prodigués a chuté de 66% entre le premier mois d'ouverture de la SCMR et décembre 2019. - Décembre 2019, seulement 16% des actes de consommation s'accompagnaient d'un conseil (l'usage de stérifilt, des filtres en plastique plus efficaces que les cotons utilisés pour retenir les particules indésirables et évitant toute perte de produit). 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Échange de matériel stérile:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Principe d'échange pour les usagers inscrits à la SCMR, pour du matériel stérile (inhalation et préparation du crack). - La SCMR avait une convention jusqu'au 25 octobre 2019 avec Accueil Drogues pour l'animation et la gestion de cette activité (32.955 seringues ont été distribuées, pour en récupérer 31.868 = taux de récupération de 96,7 %) - Sans Accueil Drogues, l'équipe de la Fondation privée TADAM a distribué: 3.353 seringues stériles (taux de récupération de 83 %, plus faible car les conditions sont plus strictes; la SCMR récupère seulement les seringues usagées complètes), 297 feuilles d'aluminium et 285 stérifilts ont été distribués. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Mise en place d'une surveillance constante (milice):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un règlement intérieur, d'un contrat d'utilisation et d'une fiche de sanctions ont été rédigés. - Garder le lien thérapeutique et/ou social et le renforcer avec les usagers. - Sanction = l'usager en question serait interdit de fréquentation des locaux, du bénéfice des services que prodigue la SCMR, ainsi que de se présenter aux abords de la salle. Aucun service ne sera rendu, sauf pour obligation d'assistance sanitaire. - De septembre 2018 à décembre 2019 = 135 contraventions ont été réalisées et sanctionnées, dont 53 ont donné lieu à des exclusions définitives (avec cas de récidives) = moins de 10% des inscrits ont été définitivement exclus. - Certaines sanctions ont été critiquées par l'équipe (notamment l'exclusion définitive pour fait de deal). - Dès janvier 2019, le partage de substances entre pairs n'est plus considéré comme un deal car il correspond à une nécessité économique. Dès lors, l'acte doit être déclaré. - "la Fondation privée TADAM a décidé de déroger prudemment à la radicalité de ces sanctions définitives en permettant à ceux qui en ont été frappés d'introduire, après trois mois d'exclusion, une demande motivée de révision." - du 09/09/2019 au 31/10/2019, 24% des exclusions définitives, sont suivis d'une réadmission. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p>
<p>Faits sur Liège</p>	<p><i>Réduire la morbidité ainsi que la mortalité, et stabiliser et améliorer l'état de santé</i></p> <p>> Durant les années '90, le taux d'infection sur les personnes qui consommaient de la drogue par injection a connu une hausse dans le monde. Face à cela, diverses mesures ont été prises afin de réduire les risques. De ce fait, le taux de nouveaux cas de VIH/SIDA recensé a diminué.</p>	<p>Sources</p> <p>(EMCDDA, 2019)</p> <p>(Rapport d'activité 18-19)</p>

	<p>> Les groupes de consommateurs restent touchés par certains virus: l'injection de drogues est responsable de 1,5 % des nouveaux cas dépistés de VIH, de 1,2 % de tuberculoses et de 85 % pour l'hépatite C.</p> <p>> 39 overdoses mortelles dans la Province de Liège, dont 35 à Liège même.</p>	
Activités spécifiques	<p>> <u>Les bonnes pratiques:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'équipe soignante suit des consignes claires concernant les procédures à suivre en cas d'incident. - Formé à la réanimation (dispose du matériel nécessaire), stage de 3 jours de formation de base en SCMR à ABRIGADO-Luxembourg (août 2018), échanges de bonnes pratiques professionnelles avec les différents acteurs du réseau social liégeois RéLiA, Start Mass, La Fontaine, Cap Fly, Sans-logis hommes (août 2018) , formé aux premiers secours par le service, formé à la prévention de la violence et à la reconnaissance des produits stupéfiants de rue, gestion de l'agressivité (2019), formation Modus Vivendi sur les nouveaux matériels stériles. - Aucun décès dans la SCMR. - La SCMR de la Ville de Liège a enregistré, 7 intoxications ; 2 overdoses d'héroïne, ayant nécessité une injection d'antidote (NARCAN) par le SMUR ; et 1 overdose de cocaïne. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Soins infirmiers et mise en place</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur 16 mois d'activités, 1.539 soins ont été prodigués aux usagers de la SCMR, suivi de 31 transferts vers les hôpitaux. - Suivi des plaies des usagers a été mis en place. - Depuis le 19/08/2019, la pédicure médicale a été proposée aux usagers (en 4 mois 54 soins ont été prodigués). - Les infirmier*s réalisent la distribution de traitements, ont mis en place un suivi des stocks de médicaments et suivent le traitement des usagers. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Consultation médicale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un dossier médical est ouvert à chaque inscription, suivi d'une anamnèse de la part de l'équipe infirmière. - Ainsi, 336 consultations de médecine générale ont été offertes aux usagers de la SCMR. - Celles-ci ont abouti à 38 hospitalisations. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Examens médicotechniques:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le service de dépistage est réalisé avec les services spécialisés dans les différentes matières (SIDASOL, FARES, ...), qui travaillent fréquemment au sein de la SCMR. - En 16 mois il a été détecté 17 intradermo-réaction à la tuberculine, 3 tuberculoses , réalisés 22 prises de sang et des dépistages HIV et d'Hépatite C. - La SCMR espère posséder en 2020, un équipement médical propre pour réaliser elle-même les examens et les actes techniques (fibroscan, accuvein,...) 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
	<p>> <u>Cas cliniques:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des parcours d'aide et soins personnels sont disponibles pour les usagers dans le besoin. - Forte demande de soins. - La SCMR dirige les usagers vers des aides de type psychosocial, de mise en ordre administrative, d'assistance en justice, de demande d'allocation, de recherche de logement, etc. - La fondation a permis 491 entretiens thérapeutiques ; 300 suivis médico-sanitaires, la plupart avec accompagnement des personnes ; 386 orientations sociales. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>

	<p>> <u>Bien-être:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Différentes compétences des membres du personnel pour des ateliers de bien être (la coiffure, la manucure, la pédicure, massage assis, gommage, massage visage, massage crâne,...) - 217 services qui ont été réalisés, dont 160 pour la coiffure. - Améliore le quotidien des usagers. 	<p>(Rapport d'activité 18-19)</p> <p>(Dominique DELHAUTEUR, 26 novembre 2019)</p>
--	---	---

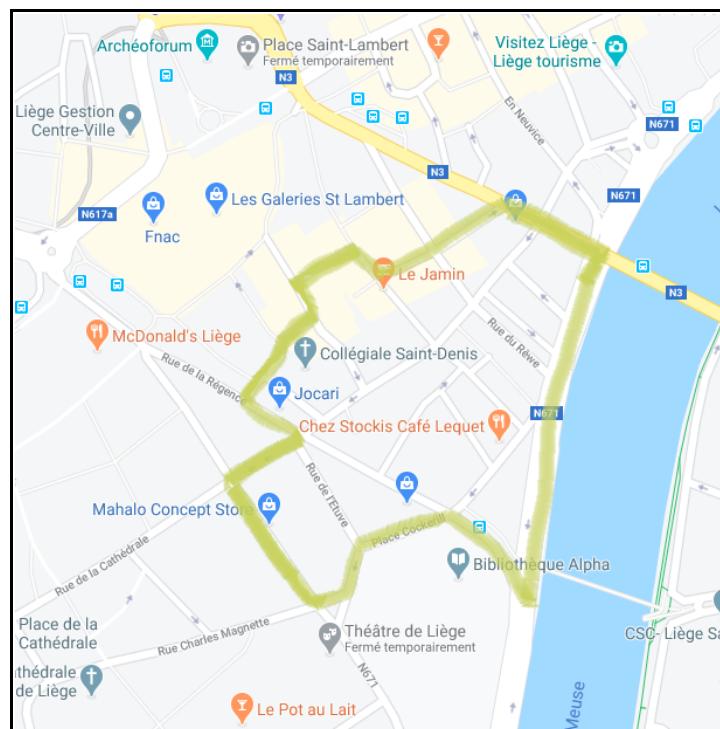
Figure : 12 - Répartition horaire de la fréquentation de la SCMR

Lundi	12h30 - 19h30
Mardi	12h30 - 19h30
Mercredi	8h30 - 16h30
Jeudi	12h30 - 16h30
Vendredi	8h30 - 16h30
Samedi	12h30 - 19h30
Dimanche	12h30 - 19h30



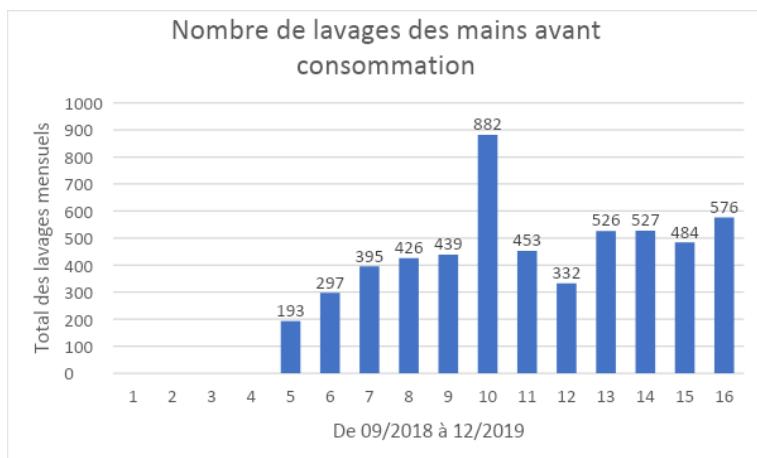
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 13 - Le périmètre de réalisation des maraudes aux alentours de la SCMR



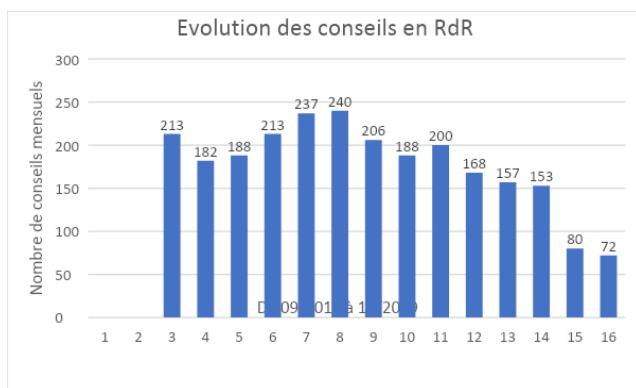
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 14 - Nombre de lavages des mains avant consommation



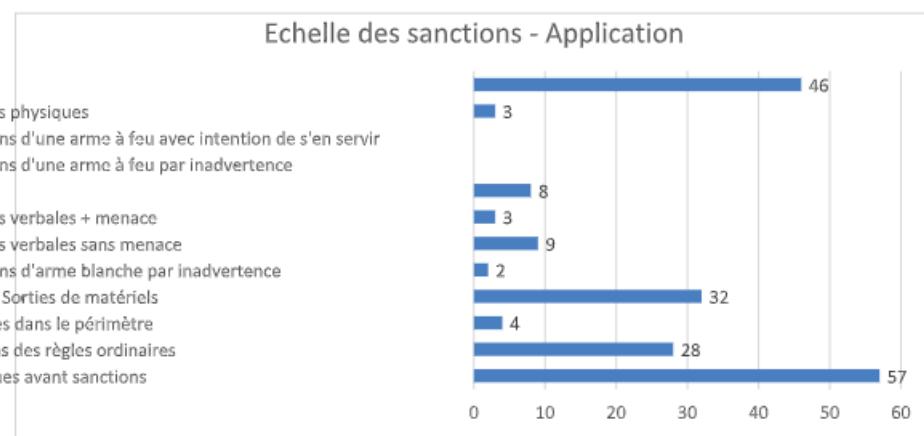
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 15 - Évolution des conseils en RdR



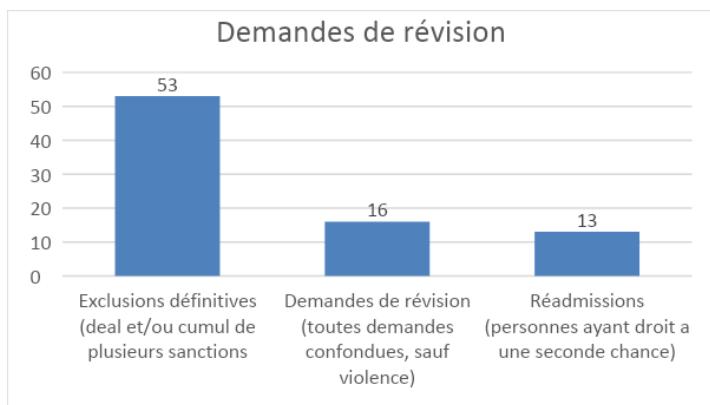
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 16 - Échelle des sanctions



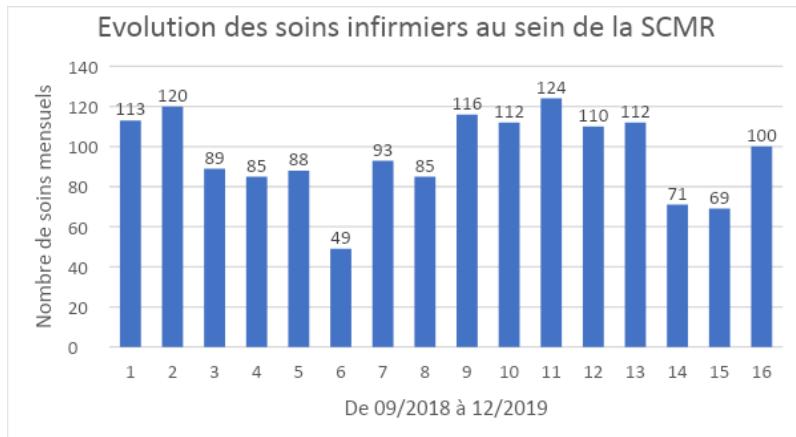
Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 17 - Les demandes de révision



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Figure : 18 - Évolution des soins infirmiers au sein de la SCMR



Source: Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Tableau : 7 - Le bilan 2019 simplifié

Actif ou patrimoine		Passif ou ressources	
2019		2019	
1. Actif immobilisé		1. Fonds social	
> Immobilisations incorporelles	0	> Fonds propres	6 000 €
> Immobilisations corporelles	59 161 €	> Résultat (bénéfice ou perte)	-90 754 €
> Immobilisations financières	260 €	> Subside en capital	0 €
Total actif immobilisé:	59 421 €	Total fonds associatif:	-84 754 €
2. Actif circulant		2. Capitaux étrangers	
> Stocks	0 €	> Dettes à plus d'un an	0 €
> Créances à plus d'un an	0 €	> Dette à un an au plus	442 926 €
> Créances à un an au plus	255 386 €		
> Disponibilités	40 242 €		
> Compte de régularisation	3388 €	> Compte de régularisation	265 €
Total général:	358 437 €	Total général:	358 437 €

Tableau : 8 - Coût du personnel

	Exercice 2018	Exercice 2019
Personnel en ETP	4,8	11
Nombre d'heures prestées	8120	18990
Coût salarial horaire complet moyen	30,92€/h	32,2€/h

Tableau : 9 - Le compte de résultat simplifié

	Exercice 2018		Exercice 2019	
Produits d'exploitation (70-74)	290 857 €		834 292 €	
<i>Subsides</i>	286 000 €		830 000 €	
Charges d'exploitation (60-64)	405 433 €		927 097 €	
<i>Rémunérations, charges sociales et pensions (62)</i>	251 162 €	61,95%	611 473 €	65,96%
<i>Approvisionnement marchandises et services et biens divers (60/61)</i>	117 542 €	28,99%	278 758 €	30,07%
<i>Amortissement sur immobilisations corporelles (63)</i>	36 587 €	9,02%	36 693 €	3,96%
<i>Autres</i>	142 €	0,04%	173 €	0,02%
Résultat d'exploitation	-114 576 €		-92 805 €	
Produits financiers	15 002 €		15 000 €	
Charges financières	638 €		3 029 €	
Résultat de l'exercice	-100 212 €		-80 834 €	

Tableau 10 : Le cadre logique

Activités	Les effets (indirect/direct)	Les parties prenantes (qui est impacté?)	Changements (qu'est ce qui va changer pour eux?)	Les impacts supposés (comment décrire le changement?)	La nature (quel type d'impact?)	Les indicateurs	Catégorie
Proposition de services sociaux	1° DIRECT	BENEFICIAIRES	- Stabiliser la vie des usagers	- Amélioration des conditions de vie des usagers (non-sanitaire)	Direct / Quali	- Suivi auprès des usagers bénéficiaires de ces services - Questionnaire/enquête auprès des usagers sur leurs conditions	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation - Services sociaux actuellement en suspend dans la structure
				- Sentiment d'intégration dans la société	Direct / Quali	- Questionnaire/enquête auprès des usagers sur leur resenti	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation - Services sociaux actuellement en suspend dans la structure
				- Bénéficiaires sortent de la situation de dépendance	Indirect / Quantit	- Suivi auprès des usagers	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation - Services sociaux actuellement en suspend dans la structure
	2° INDIRECT	SERVICE D'INSERTION	- Augmentation du nombre de cas à gérer	- Augmentation de leurs coûts	Indirect / Quantit	- Analyse du coût / bénéficiaire	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation
				- Augmentation de leur impact social	Indirect / Quali	- Suivi des usagers - Rapport sur l'évolution des impacts générés	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation - Services sociaux actuellement en suspend dans la structure
				- Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus)	Direct / Quantit	- Comparaison entre les consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits - Comparaison dans les services hospitaliers entre les symptômes des consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
Conseil et éducation (injection et santé)	1° DIRECT	BENEFICIAIRES	- Réduction de la morbidité et de la mortalité	- Réduction du taux de mortalité et de complication, suite à une prise en charge directe	Direct / Quantit	- Analyse entre le taux de mortalité dans la SCMR et le taux de mortalité dans les rues (demande auprès des services d'urgences) - Analyse entre le taux de mortalité des usagers inscrits et des usagers non-inscrits - Evolution des plaies et virus répertoriés	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Augmentation de l'espérance de vie	Direct / Quantit	- Comparaison entre ceux qui bénéficient de la SCMR et ceux qui n'en bénéficient pas	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie	Direct / Quali	- Enquête de satisfaction auprès des usagers - Rapport par la Ville de Liège	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
				- Sensibilisation aux règles d'hygiène	Direct / Quantit	- Evolution des conseils donnés concernant les règles d'hygiène	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Réduction d'actes dangereux en rue	Direct / Quantit	- Auto-évolution auprès des usagers - Observation des toxicomanes à l'extérieur	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Réduction des risques d'infection	Direct / Quali	- Evolution du nombre d'infections dans l'enceinte de la SCMR	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
	2° INDIRECT	SERVICES HOSPITALIERS	- Libération de temps	- Augmentation de l'espérance de vie	Direct / Quantit	- Comparaison entre ceux qui bénéficient de la SCMR et ceux qui n'en bénéficient pas	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie	Direct / Quali	- Enquête de satisfaction auprès des usagers - Observations par la Ville de Liège, équipes TADAM, etc.	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
				- Désengorgement du système d'urgence au profit des autres cas	Indirect / Quantit + Monétaire	- Evolution du nombre de lits occupés par les usagers SCMR de 09/2018 à 12/2019 - Prix moyen d'une journée passée à l'hôpital?* * Précision sur le nombre de jours / heures restés? Quels étaient les cas?	Réduction des coûts
				- Diminution des interventions car prise en charge rapide et à l'origine	Indirect / Quantit + Moné	- Nombre d'interventions à la SCMR (une intervention ne signifie pas une hospitalisation) - Le prix d'une intervention	Réduction des coûts
				- Réduction du temps passé pour la prise en charge	Indirect / Quantit + Monétaire	- Analyse du nombre de jours / heures restés vous ceux n'étant pas un usager inscrit	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quantit + Monétaire	- Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège	Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)
				- Réduction des nuisances	Direct / Quali	- Evolution du nombre de "cas pris en charge" dans les rues - Analyse de bien-être auprès des habitants aux alentours	Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)

	2 ^o INDIRECT	CITOYENS	- Amélioration des conditions de vie des habitants	- Réduction des nuisances	Direct / Quali	- Enquête auprès des riverains (la Ville de Liège l'a réalisé) - Enquête auprès du relais social du pays de Liège et du SPF (évolution des interventions)	Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)
Intervention médicale (prise en charge directe)	1 ^o DIRECT	BENEFICIAIRES	- Réduction de la morbidité et de la mortalité	- Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus)	Direct / Quantit	- Comparaison entre les consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits - Comparaison dans les services d'urgences entre les symptômes des consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Réduction du taux de mortalité et de complication, suite à une prise en charge directe	Direct / Quantit	- Analyse entre le taux de mortalité dans la SCMR et le taux de mortalité dans les rues (demande auprès des services d'urgences) - Analyse entre le taux de mortalité des usagers inscrits et des usagers non-inscrits - Evolution des plaies et virus répertoriés	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Augmentation de l'espérance de vie	Direct / Quantit	- Comparaison entre ceux qui bénéficient de la SCMR et ceux qui n'en bénéficient pas	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie	Direct / Quali	- Enquête de satisfaction auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
	2 ^o INDIRECT	SERVICE DE DÉPISTAGE	- Augmentation du nombre de cas à gérer	- Augmentation de leur coûts	Indirect / Quantit	- Analyse du coût / bénéficiaire	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation
				- Augmentation de leur impact social	Indirect / Quali	- Suivi des usagers - Rapport sur l'évolution des impacts générés	- L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation
	2 ^o INDIRECT	SERVICES HOSPITALIERS	- Libération de temps	- Désengorgement du système d'urgence au profit des autres cas	Indirect / Quantit + Monétaire	- Evolution du nombre de lits occupés par les usagers SCMR de 09/2018 à 12/2019 - Prix moyen d'une journée passée à l'hôpital!? * Précision sur le nombre de jours / heures restés? Quels étaient les cas?	Réduction des coûts
				- Diminution des interventions car prise en charge rapide et à l'origine	Indirect / Quantit + Moné	- Nombre d'interventions à la SCMR (une intervention ne signifie pas une hospitalisation) - Le prix d'une intervention	Réduction des coûts
				- Réduction du temps passé pour la prise en charge	Indirect / Quantit + Monétaire	- Analyse du nombre de jours / heures restées vous ceux n'étant pas un usager inscrit	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quantit + Monétaire	- Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège	Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)
	2 ^o INDIRECT	CITOYENS	- Amélioration des conditions de vie des habitants	- Réduction des nuisances	Direct / Quali	- Evolution du nombre de "cas prise en charge" dans les rues - Analyse du bien-être auprès des habitants aux alentours	Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)
				- Réduction des nuisances	Direct / Quali	- Enquête auprès des riverains (la Ville de Liège l'a réalisé) - Enquête auprès du relais social du pays de Liège et du SPF (évolution des interventions)	Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)
Intervention sociale (prise en charge directe)	1 ^o DIRECT	BENEFICIAIRES	- Stabiliser et améliorer l'état de santé des usagers	- Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus)	Direct / Quantit	- Analyse entre le taux de mortalité dans la SCMR et le taux de mortalité dans les rues (demande auprès des services d'urgences) - Analyse entre le taux de mortalité des usagers inscrits et des usagers non-inscrits - Evolution des plaies et virus répertoriés	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie		- Enquête de satisfaction auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
				- Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus)	Direct / Quantit	- Comparaison entre les consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits - Comparaison dans les services d'urgences entre les symptômes des consommateurs inscrits et les consommateurs non-inscrits	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
	1 ^o DIRECT		- Réduction de la morbidité et de la mortalité	- Réduction du taux de mortalité et de complication, suite à une prise en charge directe	Direct / Quantit	- Analyse entre le taux de mortalité dans la SCMR et le taux de mortalité dans les rues (demande auprès des services d'urgences) - Analyse entre le taux de mortalité des usagers inscrits et des usagers non-inscrits - Evolution des plaies et virus répertoriés	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus)			

Service de santé de base	2 ^o INDIRECT	SERVICE DE DÉPISTAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de cas à gérer 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'espérance de vie 	Direct / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Comparaison entre ceux qui bénéficient de la SCMR et ceux qui n'en bénéficient pas 	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de vie 	Direct / Quali	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête de satisfaction auprès des usagers 	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
			<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de leur coûts - Augmentation de leur impact social 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse du coût / bénéficiaire 		<ul style="list-style-type: none"> - L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation 	
				<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des usagers - Rapport sur l'évolution des impacts générés 		<ul style="list-style-type: none"> - L'impact n'est pas essentiellement attribuable à l'action de l'organisation 	
			<ul style="list-style-type: none"> - Désengorgement du système d'urgence au profit des autres cas 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du nombre de lits occupés par les usagers SCMR de 09/2018 à 12/2019 - Prix moyen d'une journée passée à l'hôpital?* * Précision sur le nombre de jours / heures restés? Quels étaient les cas? 			Réduction des coûts
			<ul style="list-style-type: none"> - Diminution des interventions car prise en charge rapide et à l'origine 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'interventions à la SCMR (une intervention ne signifie pas une hospitalisation) - Le coût d'une intervention 			Réduction des coûts
			<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du temps passé pour la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse du nombre de jours / heures restées vous ceux n'étant pas un usager inscrit 			Réduction des coûts
			<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'économies 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège 			Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)
1 ^o DIRECT	BENEFICIAIRES	<ul style="list-style-type: none"> - Procurer un environnement sain et sécurisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du nombre de matériels échangés 	Direct / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Système de calcul nombre de seringues données contre le nombre de seringues récupérées 		Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
			<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des risques d'infection, de complication (plaies, virus) 	Direct / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse du nombre d'infections rencontrées depuis la mise en place de l'échange des seringues (à la SCMR) et à l'hôpital pouvant être lié à une prise de risque (au niveau sanitaire) 		Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
			<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation de l'espérance de vie en bonne santé 	Direct / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Comparaison entre ceux qui bénéficient du service proposés de la SCMR et ceux qui n'en bénéficient pas 		Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
			<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la morbidité et de la mortalité (liée à des facteurs de risque) 	Direct / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de l'état de santé des consommateurs depuis la mise en place de la SCMR (09/18 à 12/19) 		Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
			<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des conditions de vie 	Direct / Quali	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête de satisfaction auprès des usagers 		Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
2 ^o INDIRECT	FOURNISSEURS	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la situation économique des organismes partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation des ventes 	Indirect / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution du chiffre d'affaire avant SCMR et après SCMR - Nombre de produits commandés chez les entreprises locales (le taux de participation de la SCMR dans CA des fournisseurs) 		- Amélioration de l'activité économique des entreprises partenaires
			<ul style="list-style-type: none"> - Emploi disponible 	Indirect / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès des fournisseurs. Les commandes de la SCMR sont importantes à tel point qu'ils ont embauché? 		- Amélioration de l'activité économique des entreprises partenaires
			<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la situation économique des fournisseurs 	Indirect / Quant	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête auprès de Modus Vivendi sur l'évolution de leur situation économique (en relation avec la SCMR) 		- Amélioration de la situation économique pour le fournisseur
2 ^o INDIRECT	SERVICES HOSPITALIERS	<ul style="list-style-type: none"> - Libération de temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction du nombre d'interventions (et temps passé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirect / Quant + Moné 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête sur le nombre d'interventions en rue AVANT/APRES la SCMR - Estimation du temps pour une intervention de ce type 		Réduction des coûts
			<ul style="list-style-type: none"> - Désengorgement des lits d'hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirect / Quant + Moné 	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution de la mise à disposition de lits (pour les consommateurs) - Nombre de personnes accueillies (année 2017) et nombre de personnes accueillies avec SCMR (année 2019)? * * Précision sur le nombre de jours / heures restés? Quels étaient les cas? - Prix moyen d'une journée passée à l'hôpital 		Réduction des coûts
			<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'économies 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirect / Quant + Moné 	<ul style="list-style-type: none"> - Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège 		Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)

Mise à disposition de matériel d'injection stérile

injection stérile	2° INDIRECT	AGENTS DE L'AUTORITE	- Libération de temps	- Réduction du nombre d'interventions (et temps passé)	Indirect / Quanti + Moné	- Evolution du nombre d'interventions pour accompagner les services d'urgences	Réduction des coûts
				- Réduction du temps passé pour les interventions	Indirect / Quanti + Moné	- Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quanti + Moné	- Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps)	Réduction des coûts (diminution des interventions des agents de l'autorité)
	1° DIRECT	BENEFICIAIRES	- Sensibilisé par la présence d'une SCMR	- Augmentation du nombre d'inscrits dans la salle	Direct / Quanti	- Evolution des inscrits dans la salle	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Augmentation du nombre de passages dans la salle	Direct / Quanti	- Système de comptage	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Fidélisation des usagers	Direct / Quanti	- Système de comptage	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Sensibilisation aux risques sanitaires	Direct / Quali	- Enquête auprès des bénéficiaires	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie	Direct / Quali	- Enquête de satisfaction auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
	2° INDIRECT	SERVICES HOSPITALIERS	- Réduction des coûts	- Réduction du nombre d'interventions (et temps passé)	Indirect / Quanti + Moné	- Enquête sur le nombre d'interventions en rue AVANT/APRES la SCMR - Estimation du temps pour une intervention de ce type	Réduction des coûts
				- Désengorgement des lits d'hôpitaux	Indirect / Quanti + Moné	- Evolution de la mise à disposition de lits (pour les consommateurs) - Nombre de personnes accueillies (année 2017) et nombre de personnes accueillies avec SCMR (année 2019)? *	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quanti + Monétaire	- Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège	Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)
				- Réduction d'interventions en rue	Indirect / Quanti + Moné	- Evolution du nombre d'interventions pour accompagner les services d'urgences	Réduction des coûts
				- Réduction du temps passé pour les interventions	Indirect / Quanti + Moné	- Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quanti + Moné	- Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps)	Réduction des coûts (diminution des interventions des agents de l'autorité)
Supervision des consommateurs	1° DIRECT	BENEFICIAIRES	- Réduction des risques en respectant les règles d'hygiène	- Les bénéficiaires sont sensibilisés aux règles d'hygiènes	Direct / Quali	- Enquête auprès des usagers - Evolution du respect de règles d'hygiènes	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Les bénéficiaires se sentent plus en sécurité dans une SCMR	Direct / Quali	- Enquête auprès des usagers - Evolution des sanctions et types de sanctions dans la structure	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Réduction de prise de risque pour la consommation (dans et aux abords des locaux)	Direct / Quanti	- Enquête auprès des usagers (suivi si possible)	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Les bénéficiaires respectent les règles générales de la structure	Direct / Quanti	- Evolution des sanctions et types de sanctions dans la structure	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Les bénéficiaires sont sensibilisés aux règles de la structure	Direct / Quanti	- Evolution des sanctions et types de sanctions dans la structure - Enquête auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
	2° DIRECT	AGENTS DE L'AUTORITE	- Prévention de la criminalité dans et aux abords	- Diminution des actes criminels	Direct / Quanti	- Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps) - rapport - Enquête auprès des riverains	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Sentiment de sécurité dans et aux abords de la SCMR	Direct / Quali	- Enquête auprès des usagers - Evolution des sanctions et types de sanctions dans la structure	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers)
				- Amélioration des conditions de vie	Direct / Quali	- Enquête de satisfaction auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
				- Réduction du temps consacré à verbaliser	Direct / Quanti + Monétaire	- Evolution du nombre de verbalisations données depuis l'ouverture de la SCMR	Réduction des coûts
				- Réalisation d'économies	Indirect / Quanti + Moné	- Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps)	Réduction des coûts (diminution des interventions des agents de l'autorité)
	2° INDIRECT	EMPLOYES	- Gain de temps	- Réduction du temps à éduquer	Indirect / Quanti	- Enquête sur les conseils donnés en 09/18, enquête sur les conseils donnés en 12/19	Gain de temps pour développer des nouvelles activités = nouveaux impacts, ou impact plus important
				- Libération de temps	Indirect / Quanti	- Enquête auprès des employés - Rapport d'activité	Libération de temps

	2 ^o DIRECT	CITOYENS	- Réduction des nuisances (citoyens)	- Réduction d'actes criminels aux alentours de la SCMR - Réduction des nuisances	Direct / Quantি	- Enquête auprès des citoyens sur l'évolution d'actes illégaux dans les rues - Enquête auprès des riverains (la Ville de Liège l'a réalisé)	Amélioration des conditions de vie des citoyens (habitants) Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)
	1 ^o DIRECT	BENEFICIAIRES	- Sensibilisé par la présence d'une SCMR	- Augmentation du nombre d'inscrits dans la salle - Augmentation du nombre de passages dans la salle - Fidélisation des usagers - Sensibilisation aux risques sanitaires - Amélioration des conditions de vie	Direct / Quantи Direct / Quantи Direct / Quantи Direct / Qualи Direct / Qualи	- Comptage (rapport d'activité) - Comptage (rapport d'activité) - Evolution du passage en fonction de l'usager - Enquête auprès des usagers - Evolution du respect des conseils - Enquête de satisfaction auprès des usagers	Amélioration des conditions de vie des citoyens (usagers) Amélioration des conditions de vie des usagers (état psychique et état de santé)
	2 ^o INDIRECT	SERVICES HOSPITALIERS	- Réduction des coûts	- Réduction d'interventions en rue - Réduction du temps passé pour les interventions - Désengorgement des lits d'hôpitaux - Réalisation d'économies	Indirect / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné	- Enquête sur le nombre d'interventions en rue AVANT/APRES la SCMR - Estimation du temps pour une intervention de ce type - Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention - Evolution de la mise à disposition de lits (pour les consommateurs) - Nombre de personnes accueillies (année 2017) et nombre de personnes accueillies avec SCMR (année 2019)? * * Précision sur le nombre de jours / heures restés? Quels étaient les cas? - Prix moyen d'une journée passée à l'hôpital - Méthode ACB (analyse coût bénéfice) - Enquête auprès des hôpitaux partenaires - Enquête auprès de l'INAMI - Enquête auprès du SPF - Enquête auprès de Sciensano - Enquête auprès du relais social du pays de Liège	Réduction des coûts Réduction des coûts Réduction des coûts Réduction des coûts (diminution du nombre d'interventions réalisées par les services hospitaliers)
Employés "rôdeurs"	2 ^o INDIRECT	AGENTS DE L'AUROTE	- Réduction des coûts	- Réduction d'interventions en rue - Réduction du temps passé pour les interventions - Réalisation d'économies	Indirect / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné	- Evolution du nombre d'interventions pour accompagner les services d'urgences - Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention - Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps)	Réduction des coûts Réduction des coûts Réduction des coûts (diminution des interventions des agents de l'autorité)
	1 ^o DIRECT	CITOYENS	- Réduction des usages de drogues et des nuisances (déchets, sonores, visuelles)	- Bien-être et sécurité ressenti par les citoyens - Réduction des nuisances	Direct / Qualи Direct / Qualи	- Enquête auprès des citoyens aux alentours de la SCMR - Enquête auprès des riverains (la Ville de Liège l'a réalisé)	Amélioration du bien-être des citoyens (habitants) Amélioration du bien-être des citoyens (habitants)
	1 ^o DIRECT	ENTREPRISES LOCALES	- Réduction des usages de drogues et des nuisances (déchets, sonores, visuelles)	- Bien-être et sécurité ressenti par les employés - Attire davantage la clientèle - Réduction des nuisances	Direct / Qualи Indirect / Quantи Direct / Qualи	- Enquête auprès des employés aux alentours de la SCMR - Enquête auprès des employés aux alentours de la SCMR - Enquête auprès des entreprises locales (la Ville de Liège l'a réalisé)	Amélioration du bien-être des employés travaillant dans Liège Attractivité des entreprises aux alentours Amélioration des conditions des entreprises (attractivité et conditions de travail)
	1 ^o DIRECT	AGENTS DE L'AUTORITE	- Bénéficiaires sensibilisés aux risques sanitaires - Réduction des usages de drogues et des nuisances (déchets, sonores, visuelles)	- Réduction des interventions (+ temps) - Réduction du temps passé pour la prise en charge lors d'actes illégaux - Réalisation d'économies	Indirect / Quantи + moné Direct / Quantи + Moné Indirect / Quantи + Moné	- Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention - Temps consacré en moyenne pour une intervention - Coût théorique d'une intervention - Enquête auprès de la police locale (Directeur - Attaché de Direction du Chef de Corps)	Réduction des coûts Réduction des coûts Réduction des coûts (diminution des interventions des agents de l'autorité)
	2 ^o INDIRECT	AGENTS COMMUNAUX	- Réduction des nuisances (déchets)	- Réduction du temps consacré à ramasser les ustensiles - Augmentation du bien-être des travailleurs (+ citoyen) - Amélioration des conditions de travail	Indirect / Quantи + Moné Indirect / Qualи Indirect / Qualи et Quantи	- Enquête auprès des agents sur l'évolution du nombre de déchets à risque - Enquête auprès des agents sur l'évolution du nombre de déchets à risque, impact leur bien-être? - Enquête auprès de la Ville de Liège - Enquête auprès des agents communaux	Réduction des coûts Amélioration du bien-être des employés travaillant dans Liège Amélioration des conditions de travail des agents communaux (bien-être et diminution du temps consacré aux déchets liés aux toxicomanes)

Figure : 20 - Mindmap des impacts

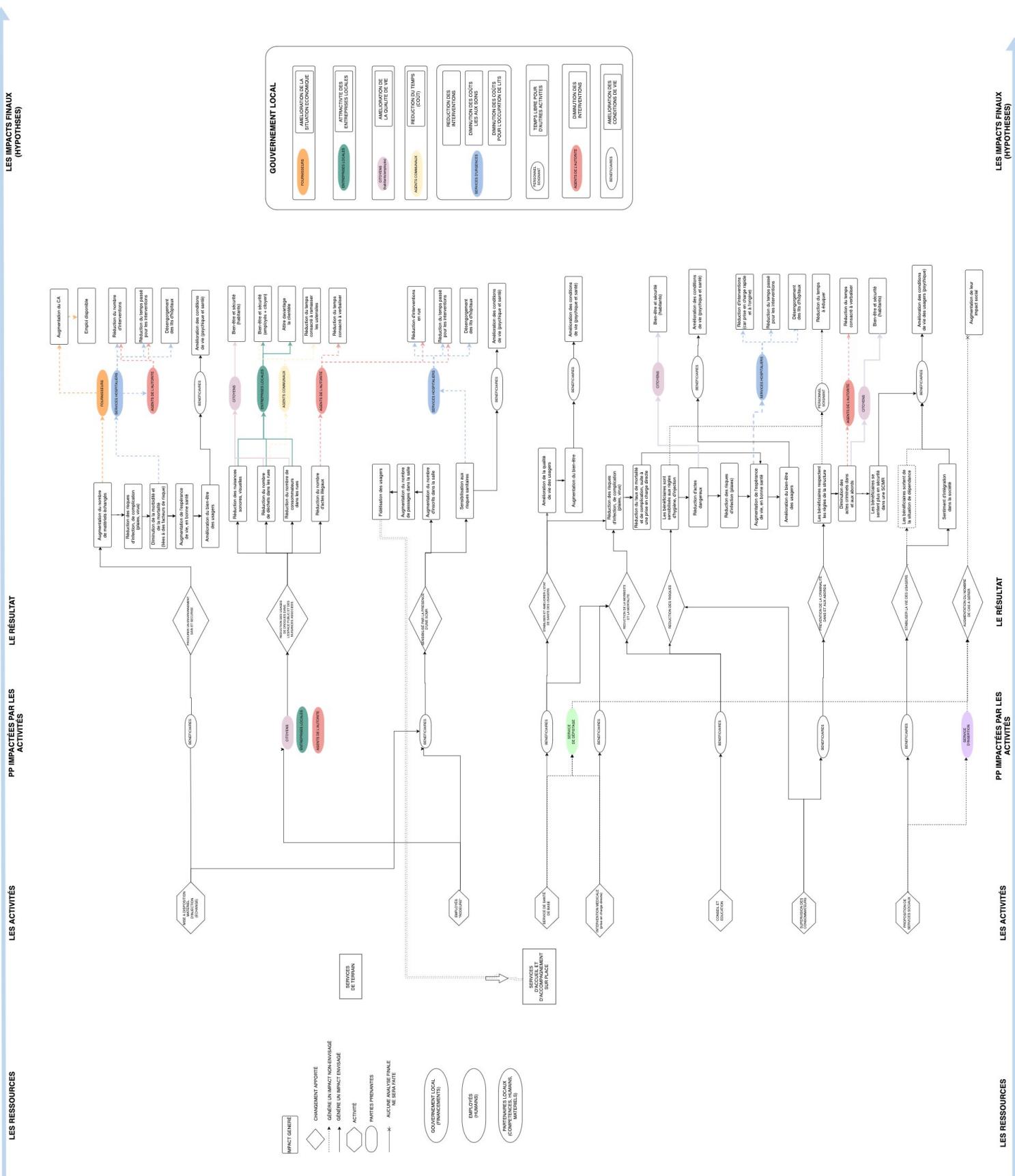
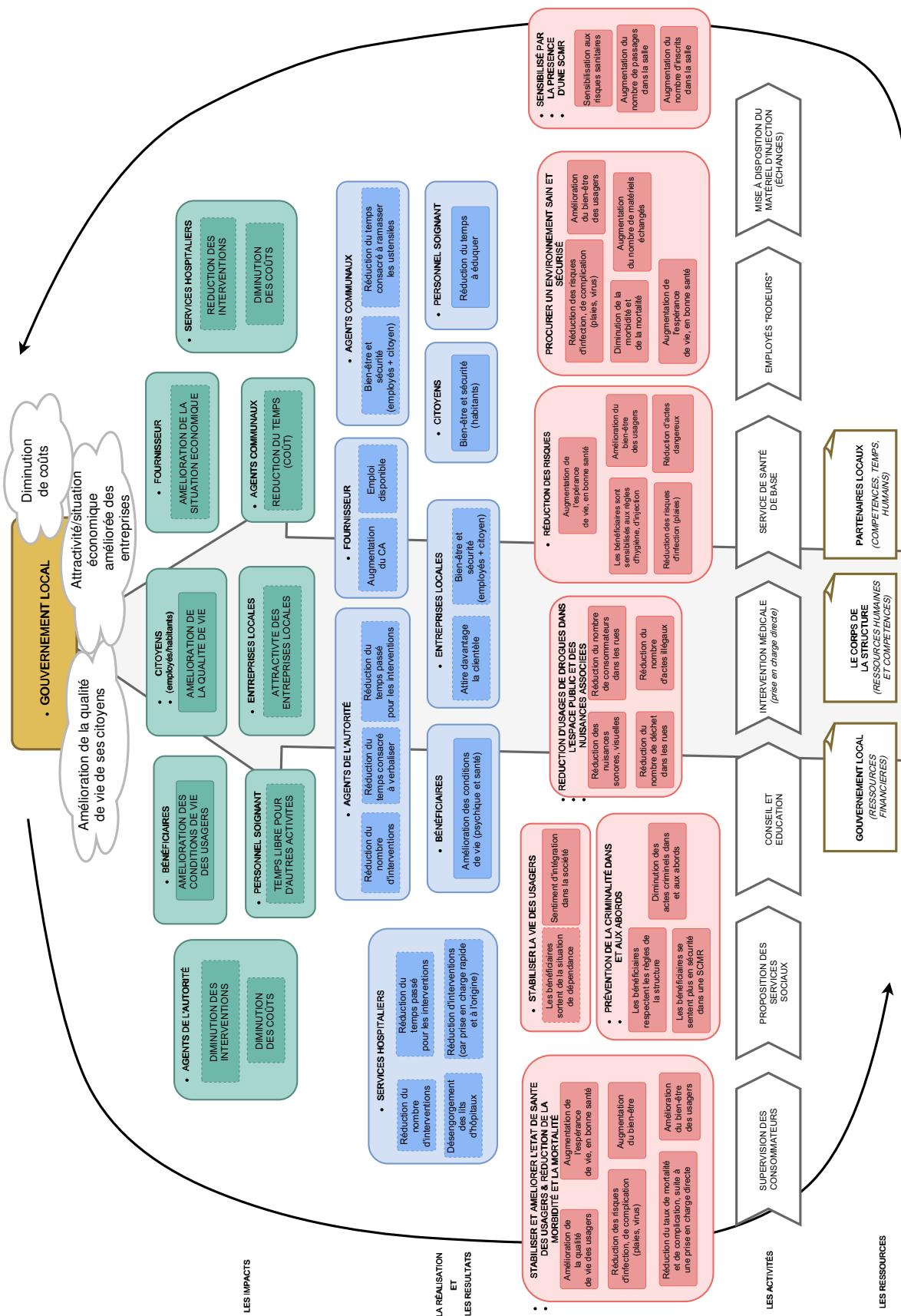


Figure: 21 - Mindmap des impacts, simplifiée



Annexe n° 4 : La Salle de Consommations à Moindre Risque de la Ville de Liège

Les coûts et bénéfices de la SCMR pour la société

Tableau : 11 - Étude auprès des habitants/commerçants visant à connaître leur appréciation de la qualité de vie sur leur quartier

	Une Salle de consommation ... ?					
	Habitants			Commerçants		
	Oui	Non	Ne sais pas	Oui	Non	Ne sais pas
Diminuerait l'usage de drogue dans les lieux publics?	T0: 61% T2: 37%	T0: 21% T2: 37%	T0: 18% T2: 26%	T0: 53% T2: 45%	T0: 33% T2: 40%	T0: 14% T2: 15%
Diminuerait le nombre de seringues abandonnées?	T0: 59% T2: 41%	T0: 16% T2: 24%	T0: 25% T2: 35%	T0: 59% T2: 60%	T0: 26% T2: 22%	T0: 15% T2: 18%
Attirerait le deal?	T0: 25% T2: 39%	T0: 50% T2: 35%	T0: 25% T2: 26%	T0: 47% T2: 42,5%	T0: 38% T2: 37,5%	T0: 15% T2: 20%
Inciterait à la première consommation?	T0: 19% T2: 33%	T0: 72% T2: 41%	T0: 9% T2: 26%	T0: 18% T2: 20%	T0: 70% T2: 55%	T0: 12% T2: 25%
Augmenterait la consommation?	T0: 28% T2: 33%	T0: 44% T2: 39%	T0: 28% T2: 28%	T0: 26% T2: 32,5%	T0: 56% T2: 45%	T0: 18% T2: 22,5
Responsabiliserait les usagers?	T0: 50% T2: 41%	T0: 28% T2: 30%	T0: 22% T2: 28%	T0: 44% T2: 49%	T0: 38% T2: 28%	T0: 18% T2: 23%
Inciterait les usagers à se droguer?	T0: 47% T2: 44%	T0: 34% T2: 28%	T0: 19% T2: 28%	T0: 59% T2: 39%	T0: 32% T2: 37%	T0: 8% T2: 24%

Source: Réalisation du tableau sur base des résultats obtenus par l'Observatoire Liégeois des Drogues (18-19)

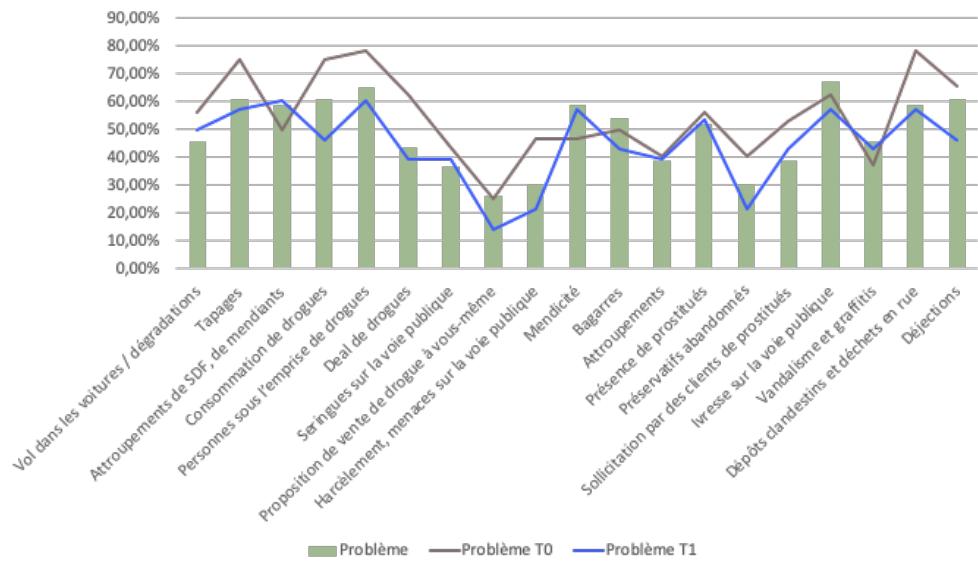
Limites de l'étude réalisée par l'Observatoire de la Ville de Liège

HABITANTS: Environ 250 habitants ont été identifiés dans le périmètre étudié. Or le taux de réponse est de 17% seulement. Les 46 riverains (max.), n'étaient pas les mêmes durant les différentes périodes: 9% des répondants ont remis un questionnaire pour les trois périodes. Ainsi, l'évolution réelle des avis, négatifs ou positifs, est biaisée. Enfin, en T0 72% connaissaient l'existence de la SCMR dans le quartier, en T2 on atteint seulement les 76%.

Une étude centrée sur les mêmes habitants est nécessaire pour connaître davantage leur ressenti.

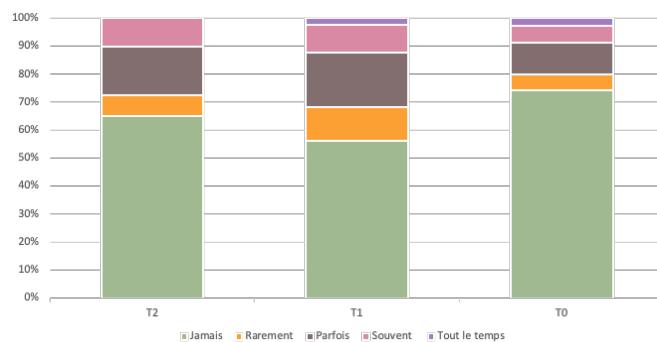
ENTREPRISES LOCALES: Seulement 52 commerces ont été identifiés, avec un taux de réponse de 77%. Le nombre de répondants a varié entre T0/T1/T2 et le nombre de commerçants ayant connaissance de la SCMR (78% en T2) reste trop faible. Ainsi l'évolution réelle des avis, négatifs ou positifs, est biaisée. Enfin, l'étude ne prouve aucune corrélation entre les usagers de la SCMR et les points négatifs/positifs présentés. Une étude centrée auprès des mêmes entreprises locales est nécessaire pour connaître davantage leur ressenti.

Figure : 22 - Problèmes du quartier (habitants)



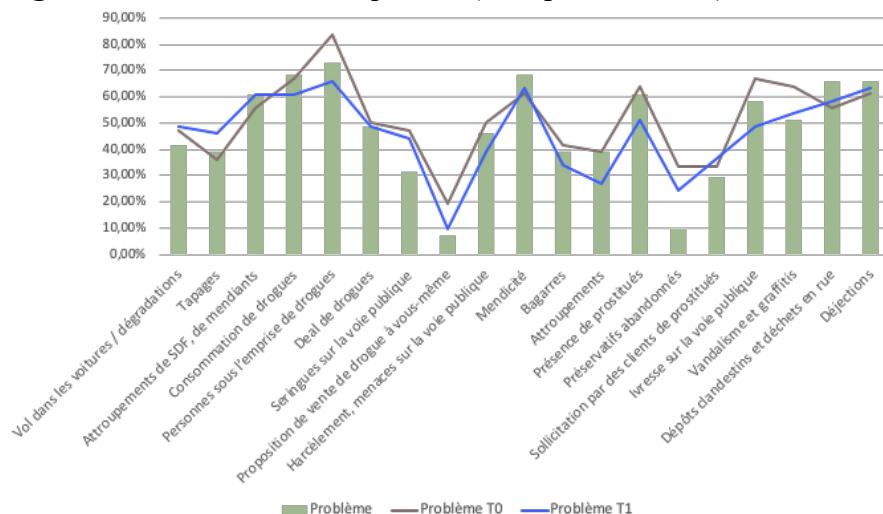
Source: l'Observatoire Liégeois des Drogues (18-19)

Figure : 23 - Confrontations au sein de l'établissement lié à des usagers de drogues (entreprises locales)



Source: l'Observatoire Liégeois des Drogues (18-19)

Figure : 24 - Problèmes du quartier (entreprises locales)



Source: l'Observatoire Liégeois des Drogues (18-19)

Tableau : 12 - Statistiques descriptives pertinentes de la ville de Liège

Variables	Notes	Valeurs	Sources
Coût annuel de la SCMR de Liège		927 097,00 €	(Rapport d'activité 18-19)
Nombre d'habitants à Liège	Données de 2015	196 372	(Ville de Liège, 2015)
Nombre de PWID à Liège	Par extrapolation linéaire	820	
Nombre de nouvelles infections par le VIH sur Liège	0,6/million par habitant	0,12	(EMCDDA, 2019)
Coût des traitements pour le VIH	Coût du traitement par mois	1 145,00 €	(Dominique Vandijck, 2015)
Nombre de nouvelles infections par le VHC sur Liège	Par extrapolation linéaire	15	(Matheï, C., et al., 2016)
Coût des traitements pour le VHC		43 428,00 €	(Mutualité chrétienne, 2018)
Nombre de seringues/aiguilles distribuées	13813 seringues distribuées dans la SCMR et 37331 à l'extérieur de la structure	51 144	(Rapport d'activité 18-19)
Coût de distributions de seringues/aiguilles	Pour cinq injections, le pack coûte 7€ pour la région wallonne	1,4	(Modus vivendi, 2016)

Tableau : 13 - Coût de santé pour une infection du HCV et du HIV

	Sans la SCMR	Coût unitaire pour 1 an	Coût globaux
Infections par le VIH	0,12	13 740 €	1 649 €
Infections par le VHC	15	43 428 €	651 420 €
Seringues et aiguilles	51144	1,40 €	71 601,60 €
			724 670,40 €

Tableau : 14 - Modèles de la méthode de Irwin et al. (2017)³

<p>Modèle d'infection de la peau et des tissus mous: SSSTI = NhLrC pour estimer les économies annuelles dues à la réduction des infections de la peau et des tissus mous grâce à la SCMR où: > "N" est le nombre total de clients SCF > "h" est le pourcentage de PWID hospitalisés pour infections de la peau dans une année moyenne > "L" est la durée moyenne d'hospitalisation pour infection de la peau > "r" est le pourcentage de réduction de la durée du séjour à l'hôpital > "C" est le coût quotidien moyen d'un séjour à l'hôpital</p> <p>Modèle d'appel d'ambulance: Sa = Io (Co - Ci) A pour estimer les économies annuelles dues à la réduction des appels d'ambulance grâce à la SCMR en cas de surdosage, où: > "I" est le nombre annuel de consommation à la SCMR > "o" est le taux de surdosage non mortel > "Co" est le taux d'appels d'ambulance en cas de surdosage en dehors de la SCMR > "Ci" est le taux d'appels d'ambulance en cas de surdosage à l'intérieur de la SCMR > "A" est le coût moyen d'un appel d'ambulance en cas de surdose</p> <p>Modèle de salle d'urgence: Ser = Io (to - ti) F pour estimer les économies annuelles dues à la réduction des visites aux urgences grâce à la SCMR en cas de surdosage, où: > "I" est le nombre annuel de consommation à la SCMR > "o" est le taux de surdosage non mortel > "to" est le taux de visites aux urgences pour un surdosage en dehors de la SCMR > "ti" est le taux de visites aux urgences pour un surdosage à l'intérieur de la SCMR > "F" est le coût moyen d'une visite à l'urgence en cas de surdose</p> <p>Modèle d'hospitalisation: Sh = Io (ao - ai) E pour estimer les économies annuelles dues à la réduction des hospitalisations du SCF pour surdosage, où: > "I" est le nombre annuel de consommation à la SCMR > "o" est le taux de surdosage non mortel > "ao" est le taux d'hospitalisation de surdosage lorsque le surdosage se produit en dehors de la SCMR > "ai" est le taux d'hospitalisation de surdosage lorsque le surdosage se produit à l'intérieur de la SCMR > "E" est la dépense moyenne d'un séjour à l'hôpital pour surdose</p>

³ Irwin, A., Jozaghi, E., Bluthenthal, R., & Kral, A. (2017). A Cost-Benefit Analysis of a Potential Supervised Injection Facility in San Francisco, California, USA, p. 21., disponible sur <https://idhdp.com/media/531280/sifsanfrancisco.pdf>

Tableau : 15 - Données descriptives sur les infections des tissus

	Notes	Valeur	Sources
Le nombre total de clients SCF (N)	Dont 41% PWID	571	Rapport d'activité (18-19)
Le pourcentage de PWID hospitalisés pour infections de la peau dans une année moyenne (h)	De Vancouver (CA)	6,07%	Irwin et al. (2017)
La durée moyenne d'hospitalisation pour infection de la peau (PWID) (L)	De Vancouver (CA) et Baltimore (U.S.A)	6 jours	Irwin et al. (2017)
Le pourcentage de réduction de la durée du séjour à l'hôpital (r)	De Insite (CA)	67%	Lloyd-Smith, E, et al. (2010)
Le coût quotidien moyen d'un séjour à l'hôpital (C)		579,00 €	Lievens, D, et al. (2014)

* *Les colonnes orangées montrent des données étrangères.*

Tableau : 16 - Statistiques descriptives pertinentes des services d'urgences

Variables	Notes	Valeurs	Sources
Le nombre annuel de consommations à la SCMR (I)		20688	Rapport d'activité (18-19)
Le taux de surdosage non mortel (o)	Nombre de consommation dans la SCMR par nombre de surdosages rencontrés	0,0005	Rapport d'activité (18-19)
Le taux d'appels d'ambulance en cas de surdosage en dehors de la SCMR (Co)	On estimera que pour chaque overdose l'ambulance intervient à l'extérieur	100%	
Le taux d'appels d'ambulance en cas de surdosage dans la SCMR (Ci)	10 intoxications dont 3 overdoses	30%	Rapport d'activité (18-19)
Le coût moyen d'un appel d'ambulance en cas de surdose (A)	Arrêté royal relatif à la facturation dans le cadre d'une intervention d'aide médicale urgente par un service ambulancier.	48,28 €	SPF Santé Publique (2020) Loi du 28.11.18 (2018)
Le taux de visites aux urgences pour un surdosage en dehors de la SCMR (to)	Moyenne de deux études	64,00%	NSW Health (2008) S. Larson et al. (2017)
Le taux de visites aux urgences pour un surdosage à l'intérieur de la SCMR (ti)	Secret médical	0,00%	
Le coût moyen d'une visite à l'urgence en cas de surdose (F)	"pour le calcul des épisodes de soins hospitaliers de jour et chirurgicaux attribuables aux substances"	3 196,75 €	D. Lievens et al. (2016)
Le taux d'hospitalisation de surdosage lorsque le surdosage se produit en dehors de la SCMR (ao)	Moyenne de deux études	14,76%	NSW Health (2008) S. Larson et al. (2017)
Le taux d'hospitalisation de surdosage lorsque le surdosage se produit à l'intérieur de la SCMR (ai)	Secret médical	0,00%	
La dépense moyenne d'une hospitalisation à l'hôpital pour surdose (E)	"pour le calcul des épisodes de soins hospitaliers de jour et chirurgicaux attribuables aux substances"	3 196,75 €	D. Lievens et al. (2016)

* *Les colonnes orangées montrent des données étrangères.*

Tableau : 17 - Modèle d'infection de la peau et des tissus mous

Modèle d'infection de la peau et des tissus mous	
SSSTI = NhLrC pour estimer les économies annuelles dues à la réduction d'infections grâce à la SCMR	
Le nombre total d'usagers SCMR PWID (N)	234
Le pourcentage de PWID hospitalisés pour infections de la peau dans une année moyenne (h)	6,07%
La durée moyenne d'hospitalisation pour infection de la peau (PWID) (L)	6
Le pourcentage de réduction de la durée du séjour à l'hôpital (r)	67%
Le coût quotidien moyen d'un séjour à l'hôpital (C)	579,00 €
	33 076,02 €

Tableau : 18 - Modèle d'intervention de l'ambulance

Modèle d'intervention de l'ambulance	
Sa= Io(Co-Ci)A ; Estime les économies annuelles grâce à la réduction d'appels d'ambulances en cas de surdosage	
Nombre annuel de consommation à la SCMR (I)	20688
Nombre de surdose par injection (o)	0,0005
Nombre d'appels en cas de surdose à l'extérieur de la SCMR (Co)	100%
Nombre d'appels en cas de surdose dans la SCMR (Ci)	30%
Le coût moyen d'une intervention d'ambulance (A)	48,28 €
	349,59 €

Tableau : 19 - Modèle de soins apportés à l'hôpital

Modèle de soins apportés à l'hôpital	
Ser = Io(to-ti)F ; Estime les économies annuelles grâce à la réduction des soins apportés par la SCMR	
Nombre annuel de consommation à la SCMR (I)	20688
Nombre de surdose par consommation (o)	0,0005
Taux d'appels des premiers soins quand un surdosage arrive en dehors de la SCMR (to)	64%
Taux d'appels des premiers soins quand un surdosage arrive dans la SCMR (ti)	0%
Le coût moyen pour les premiers soins en hôpital suite à une overdose	3 196,75 €
	21 163,00 €

Tableau : 20 - Modèle d'hospitalisation

Modèle d'hospitalisation	
Sh = Io(ao - ai) E ; Estime les économies annuelles grâce à la réduction du nombre d'hospitalisations pour le surdosage par la SCMR	
Nombre annuel de consommations à la SCMR (I)	20688
Nombre de surdose par consommation (o)	0,0005
Taux d'hospitalisation quand un surdosage arrive en dehors de la SCMR (ao)	15%
Taux d'hospitalisation quand un surdosage arrive dans la SCMR (ai)	0%
Coût moyen d'une hospitalisation lié au surdosage	3 196,75 €
	4 879,06 €

Tableau : 21 - Impact financier pour la Ville de Liège

Présence de la SCMR / Absence de la SCMR	Coût
Le coût annuel d'une SCMR	927 097,00 €
Les économies réalisées par la Ville de Liège	
Les interventions des services d'urgences (overdoses)	26 391,65 €
Les prestations de soins	33 076,02 €
Le coût supplémentaire pour la Ville de Liège sans présence de SCMR	
Les infections liés au VIH et HCV	724 670,40 €
Total	-142 958,93 €

Annexe n° 5 : Les pratiques inspirantes des pays étrangers

Tableau : 22 - Analyse des SCMR dans le monde

Pays	Année de création	Modèle	Objectif	Éligibilité
Suisse	2001 Quai 9	Intégré -> Association: Première ligne -> Actions: Quai 9 (SCMR), Nuit Blanche?, Le Pôle -> Ouvertures: 7 jours sur 7, durant 8 heures par jour de 11h à 19h (et plus, pour le Sleep-In)	> Amélioration de la santé et des conditions de vie des usagers > Réduire les conséquences négatives dues à la consommation > Création d'un lien thérapeutique et/ou social > Favoriser l'accès aux institutions actives dans le traitement de la toxicodépendance et aux autres institutions socio-médicales > Promotion de l'information (sensibilisation) > Proposition de projets pour continuer la réduction des risques (observation de l'environnement) > Collaboration avec la population (développement de pratiques de gestion communautaires, sensibilisation du public)	> 18 ans et plus > Déjà toxicomane > Documentation officielle > Pas de trafic de drogue sur place ok
Canada	2003 Insite	Intégré -> Association: Canadian Center on Substance Abuse -> Actions: Insite -> Ouvertures: 7 jours sur 7, durant 18 heures par jour de 9h à 3h	> Amélioration de la santé et des conditions de vie des usagers > Réduire les conséquences négatives dues à la consommation > Création d'un lien thérapeutique et/ou social > Favoriser l'accès aux institutions actives dans le traitement de la toxicodépendance et aux autres institutions socio-médicales	> 16 ans et plus
Australie	2001 MSIC	Spécialisé -> Association: Uniting -> Actions: MSIC -> Ouvertures: 6 jours sur 7, environ 9 heures par jour	> Favoriser l'accès à la santé, aux services sociaux et aux traitements > Soutenir et promouvoir la dignité de tous > Sensibiliser le public > Réduire les nuisances > Réduire les blessures dues à la consommation de drogues > Intervenir efficacement en cas de surdosage.	> 18 ans et plus > Dépendant de drogue(s)
Allemagne	1994 La Strada	Intégré -> Association: Aide Shilfe -> Action: La Strada -> Ouvertures: Ouvert 5 jours sur 7, environ 10 heures par jour	> Réduction des risques > Aide à la stabilisation sociale, mentale et sanitaire > Favoriser l'accès à la santé > Diminution des nuisances	> 18 ans et plus (varie selon l'état) > Dépendant de drogue(s)

Pays	Activités	Services	Ressources	Résultat	Sources
Suisse	> Potager upcycling > Journal d'informations	> Sleep-In > Automate à seringues > Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) > Mise à disposition de matériel d'injection propre et conseils > Services de soins de santé (primaires) > Service de désintoxication (volontaire) > Orientation vers des programmes de soutien communautaire, de traitement et de logement.	Monétaire: > 92% État de Genève > 1,84% dons et cotisations > 5,95% autres produits (notamment ventes) Non-monétaire: Stagiaires HETS (haute école de travail social)	> Baisse du nombre de décès à cause du SIDA > Baisse de nouvelles infections au VIH > Baisse du nombre de décès dus à la consommation de drogue > Baisse de la délinquance liée à l'acquisition de drogue > Amélioration de la sécurité publique	(Première ligne, 2019) (Première ligne, 2005) (Rapport d'activité, 2018) (S. Longère, communication personnelle, 3 juillet 2020)
Canada	/	> Mise à disposition de matériel d'injection propre et conseils > Services de soins de santé (primaires) > Services de désintoxication (volontaire) > Orientation vers des programmes de soutien communautaire, de traitement et de logement.	> Aucune source sûre trouvée	> 48 798 visites de traitement clinique > 6 440 interventions de surdose sans décès > Réduction des risques pour la transmission de virus (HCV/HIV) > Réduction des nuisances	(URBAN HEALTH RESEARCH INITIATIVE, 2016) (SHARON LARSON et al., 2017) (Vancouver Coastal Health, 2019) (Health Canada, 2008)
Australie	> Art from Heart	> Mise à disposition de matériel d'injection propre et conseils > Services de soins de santé (primaires) > Service de désintoxication (volontaire) > Orientation vers des services de santé, légaux, de logement, et de bien-être	> État Australien à 73% > Autres à 27% (dons , ventes,...)	> L'étude de KPMG montre que 78% des résidents et 70% des entreprises locales supportent l'initiative > Rentable pour la société > 8 500 overdoses générées sans décès > Réduction des risques de transmission du virus > Réduction des nuisances	(Uniting, 2020) (AIVL, 2019) (Uniting NSW.Act, 2019) (Uniting, 2018)
Allemagne	/	> Mise à disposition de matériel d'injection propre et conseils > Conseils juridiques > Consultation psychiatrique / médicale > SMOKE IT	> Aucune source sûre trouvée	Dans le pays: > Aucun décès suite à la drogue n'a été enregistré en Allemagne > Moins de problèmes de santé dus à la drogue	(International Drug Policy Consortium, 2012) (AIDS-Hilfe Frankfurt, 2020) (Stöver & Schäffer, 2014)

Tableau : 23 - Analyse de l'activité “Potager et Upcycling”

Activités		
	Potager upcycling	Sources
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> > Espace vacant (parking pour les professionnels) > Projet mis en place par le service de valorisation sociale (réinsertion) > Une dizaine d'usager > 1 menuisier (bénévole) > 1 encadrant > 190 heures (90h rémunérées à CHF10/h et 100h bénévolat) > La rémunération se fait en fait en fonction à ce que les usagers ne perdent pas leur Hospice (aide financière), ni que ce pécule soit diminué. Soit 14% de l'hospice (CHF3 000/42h = CHF71,43 par heure) > Rémunération complémentaire pour les usagers > Aucune démarche administrative, car installation dans leur îlot > Bon relationnel avec les citoyens 	
Coût de l'initiative	<ul style="list-style-type: none"> > Matériaux d'occasion > Matériels: peinture, huiles > Compost: Offert par le CVH de Meyrin > Environ CHF2000 	(Serge LONGÈRE, 3 juillet 2020) (Première Ligne, 2019)
Bénéfices/Limites	<ul style="list-style-type: none"> > Réduction des nuisances (l'espace extérieur permet d'attirer davantage d'usagers) > Trouver une espace > Les fonds 	

Tableau : 24 - Analyse de l'activité “Journal d'information”

Activités		
	Journal d'information	Sources
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> > 1 graphiste (prestataire extérieur) > 1 journaliste (prestataire extérieur) > 1 encadrant (interne) > 1 usager (rédaction CHF10/h) > Toute l'équipe est rémunérée (pas de volontariats/bénévoles) > Atelier d'écriture pour les usagers (donne l'opportunité à d'autres usagers de participer pour écrire une expérience, présenter un dessin (non outrageant, uniquement artistique)) > Publication irrégulière dans l'année (1 à 4 fois l'an) 	
Coût de l'initiative	<ul style="list-style-type: none"> > Temps de travail important (travail individuel, dessin, la mise en page, la relecture, etc.) > Aucun retour financier, uniquement de la communication > Impression et mise en page CHF 1000 environ (sans le volume horaire) 	(Première Ligne, 2005) (Serge LONGÈRE, 3 juillet 2020)
Bénéfices/Limites	<ul style="list-style-type: none"> > Support de communication pour les citoyens, entreprises etc. > Support lors d'interventions auprès des écoles travailleurs sociaux, infirmières = moyen de communication > Importante participation des usagers (futur: aimeraient une autonomie plus importante des usagers, que le journal leur soit propre) > Amène de l'intégration sociale et auprès des riverains > Problème d'irrégularité quant à l'investissement apporté dans les ateliers par les usagers 	

Tableau : 25 - Analyse du service “Sleep-In”

Activités		
	Sleep-In	Sources
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> > Ouverture fin 2019 (20h00 à 8h00) > Demande la CAUSE (Collectif d’Actions pour l’Urgence Sociale) pour plus de SLEEP-IN à Genève > Répondre et proposer un endroit où les usagers ne seraient pas stigmatisés et d’avoir accès à la salle pour consommer en toute sécurité > Protocoles de jour transféré la nuit > Une dizaine de collaborateurs.trices, toutes et tous engagé.es sur des contrats préalables de remplaçant.es au sein du Quai 9 et de Première ligne. (2 au minimum présent.es) > 12 places disponibles > Plus de SLEEP-IN depuis mars 2020 (COVID-19) 	
Coût de l’initiative	<ul style="list-style-type: none"> > Aucune participation financière > Participation active des usagers (organisation de la salle, déplier les lits, vider les poubelles, laver le sol,...) > Coût de l’action non dévoilé 	(Première Ligne, 2019a) (Première Ligne, 2019b) (Serge LONGÈRE, 3 juillet 2020)
Bénéfices/Limites	<ul style="list-style-type: none"> > N'accueille pas les usagers voulant seulement un espace pour consommer toute la nuit (ne pas perdre le lieu d'hébergement mis en avant pour éviter les surconsommations nocturne) > Possibilité de proposer un toit > Réduction des nuisances > Réduction des risques sanitaires > Réduction des risques de surdose > Sentiment de sécurité 	

Tableau : 26 - Analyse du service “Automate à seringues”

	Activités	
	Automate à seringues	Sources
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> > Positionnement stratégique de l'automate > Accès à l'automate grâce à un jeton ou en échange de seringue > Proposition de boîte flash (préparé par les usagers grâce aux ateliers d'insertion et renouvellement par un employé) > Tout le matériel est payant ; un jeton = CHF0,20 > Possibilité "d'offrir" si pas d'argent > Collé à la SCMR (seule de Genève) 	
Coût de l'initiative	<ul style="list-style-type: none"> > Coût de l'automate CHF X > Coût du matériel proposé CHF X 	(Première Ligne, 2019b) (Serge LONGÈRE, 3 juillet 2020)
Bénéfices/Limites	<ul style="list-style-type: none"> > Le fait de faire payer les boîtes flash permet un retour du matériel usagé plus conséquent et responsabilise davantage les usagers > Réduit les risques sanitaires > Répond à la problématique des horaires > Pouvoir bénéficier de matériel d'injection ou d'inhalation stérile, et ce de manière anonyme et gratuite. 	

Tableau : 27 - Analyse des ressources Première Ligne

	Ressources	Sources
Monétaire	<ul style="list-style-type: none"> > Recherche de fonds par la Directrice > Dons à caractères exceptionnels > Dons provenant de fondations > Dons pour financer des projets (philanthropie) > Vente de badges (pôle insertion) > Boîte flash (KIT d'injection Automate - 0,20€ le jeton) 	
Non-monétaire	<ul style="list-style-type: none"> > Volontariat (Menuisier pour le potager-upcycling) - exceptionnel > Pas de bénévoles ou de volontaires > Stagiaires (écoles d'infirmierie, École de travailleurs sociaux) = collaborateurs sociaux 	(Première Ligne, 2019b) (Serge LONGÈRE, 3 juillet 2020)
Bénéfices et Limites	<ul style="list-style-type: none"> > Diversification des ressources (monétaires et/ou non-monétaires), afin d'anticiper > Temps consacré à la recherche de fonds > Temps consacré à former 	

Tableau : 28 - Résumé du compte d'exploitation de Première ligne (2017/18)

	Exercice 2017		Exercice 2018	
Produits d'exploitation	CHF2 727 671		CHF2 794 187	
<i>Subsides Genève</i>	CHF2 514 170	92,17%	CHF2 575 990	92,19%
<i>Dons et cotisations</i>	CHF2 470	0,09%	CHF51 690	1,90%
<i>Produits affectés</i>	CHF137 800	5,05%	CHF21 746	0,80%
<i>Autres produits (ventes, etc.)</i>	CHF73 231	2,68%	CHF144 761	5,31%
Charges d'exploitation	CHF2 648 360		CHF2 730 178	
<i>Rémunérations, charges sociales et pensions (62)</i>	CHF2 051 475	77,46%	CHF2 084 778	78,72%
<i>Quai 9</i>	CHF395 893	14,95%	CHF454 977	17,18%
<i>Pôle</i>	CHF978	0,04%	CHF2 455	0,09%
<i>Nuit Blanche?</i>	CHF32 213	1,22%	/	/
<i>Charges administratives</i>	CHF167 801	6,34%	CHF187 969	7,10%
Résultat d'exploitation	CHF79 311		CHF64 008	
Résultat financier	-CHF498		-CHF586	
Résultat exceptionnel	CHF6 372		CHF8 193	
Variation du capital des fonds	CHF13 561		CHF6 641	
Résultat de l'exercice	CHF98 747		CHF78 255	

Source: Première Ligne (2019b), Rapport d'activité 2017-2018

Tableau : 29 - Analyse d'études sur le coût-bénéfice/coût-analyse de salles à l'étranger

	Analyse: > coût- bénéfice > coût efficacité	Données	Sources
Australie (Sydney)	coût- bénéfice	<p>Pour un coût opérationnel de \$AUS 1 334 041</p> <p>Scénario 1: <i>Hypothèse:</i> décès évités <i>Résultat:</i> permettrait un bénéfice escompté de \$AUS 1 606 000</p> <p>Scénario 2: <i>Hypothèse:</i> décès évités + frais ambulanciers et de police liés aux surdoses <i>Résultat:</i> permettrait un bénéfice escompté de \$AUS 2 664 000</p>	Institut National de Santé Publique du Québec, (2009)
Canada (Montréal)	coût- efficacité coût- bénéfice	<p>Pour l'ouverture d'un centre:</p> <p>Scénario 1: <i>Hypothèse:</i> prévention de cas de VIH <i>Résultat:</i> prévient 11 infections par le VIH (soit une économie annuelle de \$CAD 0,686 million)</p> <p>Scénario 2: <i>Hypothèse:</i> prévention de cas de HCV <i>Résultat:</i> prévient 65 infections par le VHC (soit une économie annuelle de \$CAD 0,8 million)</p>	Jozaghi E. et al., (2013)
Canada (Vancouver)	coût- efficacité coût- bénéfice	<p><i>Résultats:</i> La salle a un impact sur la santé des injecteurs ; permet d'éviter 35 nouveaux cas de VIH et 3 décès annuel ; bénéfice de \$CAD 6 millions par an ; coût bénéfice ratio de 5.12 : 1</p>	Andresen M.A. & Boyd N.A., (2010)
Canada (Vancouver)	coût efficacité	<p><i>Hypothèse:</i> absence de la SCMR <i>Résultat:</i> augmentation de la transmission du VIH par les usagers injecteur de entre 179,3 et 262,8 par an ; ces transmissions du virus engendreraient environ \$CAD 17,6 millions (traitements, soins,...)</p>	Pinkerton S., (2010)
Canada (Vancouver)	coût- efficacité coût- bénéfice	<p>Scénario 1: <i>Hypothèse:</i> diminution du partage des aiguilles (étant le seul effet de l'installation d'une salle) <i>Résultats:</i> économie d'environ \$CAD 14 millions ; 920 années de vie gagnées sur 10 ans.</p> <p>Scénario 2: <i>Hypothèse:</i> diminution du partage des aiguilles et effet sur la santé de l'utilisation accrue de pratiques d'injection sûres, <i>Résultats:</i> économie à plus de \$CAD 20 millions de dollars ; 1070 années gagnées. Le nombre d'années de vie a augmenté à 1070. D'autres augmentations ont été estimées lorsque nous avons examiné les trois avantages pour la santé: les avantages supplémentaires.</p>	Bayoumi A.M. & Zaric G.S., (2008)
U.S.A (Philadelphia)	coût- bénéfice	<p><i>Résultats:</i> la SCMR permettrait d'éviter des décès suite aux surdoses et permet d'éviter des coûts allant de \$US 12,462,213 à \$US 74,773,276 ; les économies annuelles estimées grâce à la réduction des infections de la peau et des tissus mous atteignent entre \$US 1,512,356 et \$US 1,868,205.</p>	Larson S. et al., (2017)

Annexe n° 6 : Possibilités d'adaptation du système en Belgique

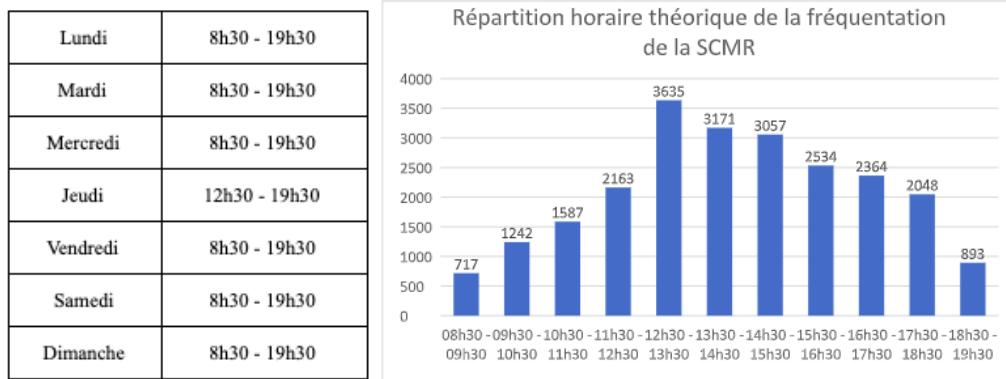
Tableau : 30 - Les objectifs de la SCMR de Liège, les nouveaux moyens mis en œuvre pour les atteindre et les indicateurs de mesures

Objectifs généraux et moyens pouvant être déployés	Objectifs spécifiques	Indicateurs
Atteindre autant que possible la population cible des usagers à haut risque <i>Moyen: àpd de 16 ans, ouverture "en continue", SLEEP-IN</i>	> Atteindre davantage les groupes à haut risque > Fidéliser les usagers > Atteindre les plus précaires	> Caractéristiques des usagers > Fréquentation de la salle > Satisfaction des usagers
Procurer un environnement sain et sécurisé <i>Moyen: SLEEP-IN, àpd de 16 ans, ouverture "en continu"</i>	> Réduire davantage les risques de surdose > Réduire davantage la morbidité liée aux surdoses > Droit au repos pour tous	> Décès par surdose > Morbidité suite à la surdose > Sentiment de sécurité > Statistiques sur les S.D.F consommateurs (ou non) accueillis (ou non) dans des centres
Réduire la morbidité ainsi que la mortalité, et stabiliser et améliorer l'état de santé <i>Moyen: Automates, àpd de 16 ans, ouverture "en continu", SLEEP-IN</i>	> Prévenir davantage le partage du matériel d'injection > Réduire davantage les comportements à risque > Accès à du matériel stérile lors de la fermeture du site	> Statistiques sur les seringues et autre matériel mis à disposition > Statistiques sur la transmission des virus auprès des PWID > Évolution des pratiques de consommation
Réduire l'usage des drogues dans l'espace public et les nuisances associées <i>Moyen: Potager et Upcycling, Le journal d'informations, Art from Heart, àpd de 16 ans, ouverture "en continu", Automates, SLEEP-IN</i>	> Réduire davantage l'injection dans les espaces publics > Réduire davantage les déchets liés aux consommations de drogues	> Observation + analyse quantitative de faits dans le périmètre de la salle > Statistiques policières > Avis des riverains > Avis des usagers > Statistiques du nombre de seringues laissées
Prévenir la criminalité dans et aux abords des locaux de consommation <i>Moyen: /</i>	/	/

Tableau 31 - Le coût de mise en place d'un sleep-in

Heure initiale		Ouverture sleep-in de 20h à 8h (soit 12 heures supplémentaire)
Personnel en ETP		11
Nombre d'heures prestées		18990
Coût salarial horaire complet moyen		32,20€
Nombre d'heures moyen par ETP par an		1726,4
Coût moyen annuel par ETP		55 588,91€
Nombre d'heures par semaine	12 heures d'ouverture en soirée multiplié par 7 jours	84h
Nombre d'ETP minimum	Un temps plein en Belgique est de 38h	2,21
Contrainte	Contrainte de 4 ETP pour ouvrir la SCMR (pouvant être diminué : le SLEEP-IN permettrait de réduire la surconsommation nocturne)	4
Coût salarial		222 355,64€

Figure 25 - Répartition horaire théorique



Source : Rapport d'activité SCMR de Liège 2018-2019

Tableau 32 : Coût généré pour l'horaire théorique

		<i>Notes</i>
Nombre d'ETP actuel	11	(cf: Annexe 6: Tableau 30)
Nombre d'heures d'ouverture initiale	48h	
Coût moyen annuel par ETP	55 588,91 €	(cf: Annexe 6: Tableau 30)
Contrainte ouverture d'une SCMR	4 personnes	
Ratio (48h/11personnes)	4,36	
Nombre d'heures d'ouverture théorique	73h	
Nombre d'employés nécessaires	17	
Coût en personnel annuel pour les nouveaux horaires	945 011,47 €	

Pour l'exercice 2019, nous savons que 11 personnes sont employées pour un coût salarial horaire complet de 32,2€/h, et qu'un employé pour une année coûte en moyenne 55 588,91€. De plus, afin que la SCMR soit ouverte 4 infirmier.es doivent être présent.es. Ainsi, si la SCMR ouvre 73 heures par semaine, il faudrait débloquer environ 333 530 € en plus par an pour le coût du personnel, ce qui représente le salaire en moyenne de 6 salarié.es supplémentaires. Ainsi, le coût engendré pour une augmentation des heures d'ouverture serait de 425 0076,75€ supplémentaires par an.

HORAIRE INITIAL	<i>Notes</i>	HORAIRE THÉORIQUE
Coût SCMR 2019	927 097,00 €	1 352 173,75 €
Coût personnel	611 473,00 €	<i>Augmentation de 333538€ théorique</i>
Coût sans personnel	315 624,00 €	<i>Coût sans personnel multiplié par le nombre de consommations théoriques</i>
Nombre de consommations	20688	<i>Augmentation de 6000 consommations théoriques</i>
Coût/consommations	44,81 €	<i>Augmentation du coût par consommation, suite à un arrondi du nombre de personnel nécessaire</i>
Coût/consommations sans personnel	15,26 €	15,26 €

TABLE DES ANNEXES

ANNEXES	I
Annexe n°1 : La Salle de Consommation à Moindre Risque	I
Annexe n°2 : La Salle de Consommation à Moindre Risque de la Ville de Liège	III
<i>Les bénéficiaires de la SCMR</i>	III
Annexe n°3 : La Salle de Consommation à Moindre Risque de la Ville de Liège	VII
<i>Analyse de la structure</i>	VII
Annexe n° 4: La Salle de Consommations à Moindre Risque de la Ville de Liège	XXXIV
<i>Les coûts et bénéfices de la SCMR pour la société</i>	XXXIV
Annexe n° 5: Les pratiques inspirantes des pays étrangers	XLII
Annexe n° 6: Possibilités d'adaptation du système en Belgique	L

EXECUTIVE SUMMARY

For a few years, the arrival of drugs in large cities are a disaster on both the health and social levels. This also holds true for Liège, in Belgium. Despite the charm of the old quarters, the "Coteaux de la Citadelle" and so on, the city is now called "Toxcity". In order to respond to the social and health problems of some cities, SISs (Supervised Injection Site) are being set up, often launched by Risk Reduction associations and financed by the authorities.

The objective of the study is to find out the legitimacy of a SIS in the third sector in terms of the impacts it produces on its stakeholders. The issue is therefore the following: how can SIS become a model of social enterprise through the impacts they generate? In this context, we will first, study the SIS of Liège. Then this study will feed data from foreign structures.

In order to answer this question, we studied the theory of social economy enterprises and the possibility of creating and evaluating their impacts. In addition, we looked at several methods: change mode, indicators model, monetarization model and the comparison model. Then, we analysed the structure of the SIS of Liège and the impacts it can generate in its environment.

Consequently, we can affirm that the organisation is legitimate in the third sector. Although the SIS of Liège is too recent to admit that certain impacts are noticeable, it does not have a profit-making objective. It rather tends towards value creation and responds to an imminent social and health need.

On account of the constraints encountered during the study, an analysis of foreign SISs enabled us to confirm our findings and propose new practices to reinforce the impacts produced. A general consensus with stakeholders is necessary to carry out an in-depth study on the impacts created and to develop new impact-generating activities.

Key words: social enterprise, supervised injection site, impact analysis, change model, indicator model, monetarization model, comparison model, stakeholders.