

Faculté de droit et de criminologie

Les obstacles juridiques à la création de salles de consommation à moindre risque en Belgique

Limites de la loi belge de 1921 sur les stupéfiants
et inspirations du droit comparé

Auteur : Meulemans Sybille

Promoteur : Beernaert Marie-Aude

Lecteur : Commission Justice de la Ligue des droits humains

Année académique 2023-2024

Master (120) en droit - finalité : droit de l'entreprise

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Je voudrais commencer ce travail en adressant un immense merci à ma promotrice, Marie-Aude Beernaert, pour ses conseils avisés et son soutien constant tout au long de ce mémoire. Son expertise et sa disponibilité ont été d'une grande aide et ont vraiment fait la différence dans la qualité de ce travail.

Je suis également très reconnaissante envers la Ligue des Droits Humains de m'avoir fait confiance en me permettant d'explorer ce sujet. Un grand merci à la Clinique Rosa Parks pour avoir rendu cette collaboration possible avec une organisation engagée dans la défense des droits humains.

Merci également aux différents professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer. Leur temps et leurs précieux conseils ont rendu mes recherches encore plus enrichissantes.

À ma famille, en particulier à mes parents, à Maïxent Jans, Laurent Jans et Justine Decolle, un immense merci pour leurs relectures et corrections qui ont grandement amélioré ce mémoire.

Enfin, je suis fière de présenter ce travail qui conclut mes études en droit et remercie les lecteurs de l'intérêt qu'ils y portent. Un grand merci à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce dernier. Votre soutien a été inestimable.

Table des matières

<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	<u>I</u>
<u>GLOSSAIRE</u>	<u>II</u>
<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>1</u>
<u>PARTIE 1. NOTIONS PRINCIPALES</u>	<u>3</u>
I. CONSOMMATION DE DROGUES.....	3
SECTION 1. DISTINCTION ENTRE DROGUES ET STUPÉFIANTS	3
SECTION 2. TYPES DE STUPÉFIANTS DANS LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE	5
II. POLITIQUES DE RÉDUCTION DES RISQUES (RdR).....	6
SECTION 1. DÉFINITIONS ET OBJECTIFS.....	7
SECTION 2. MÉCANISMES MIS EN PLACE.....	9
1-Programmes d'échange de seringue (PES).....	9
2-Programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO).....	11
3-Sensibilisation et éducation aux risques	12
III. SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR)	13
SECTION 1. HISTORIQUE.....	13
SECTION 2. DÉFINITION.....	15
SECTION 3. OBJECTIFS.....	16
SECTION 4. TROIS MODÈLES DE SALLES.....	17
1 - Intégrées.....	17
2 – Spécialisées	18
3 – Mobiles.....	18
SECTION 5. GROUPES CIBLÉS – TRIPTYQUE.....	19
1 – Professionnels	19
2 – Riverains	21
3 – Consommateurs.....	22
IV. MISE EN PLACE DES SCMR EN BELGIQUE	23
<u>PARTIE 2. ÉTAT DE LA RÉGLEMENTATION APPLICABLE.....</u>	<u>25</u>
I. DROIT INTERNATIONAL.....	25

SECTION 1. NATIONS-UNIES.....	25
§1. Convention des Nations-Unies de 1961	25
§2. Convention des Nations-Unies de 1971	27
§3. Convention des Nations-Unies de 1988	28
§4. Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS)	29
SECTION 2. UNION EUROPÉENNE.....	30
§1. Droits fondamentaux	30
§2. Plan antidrogue de l'Union européenne	31
II. DROIT BELGE	32
SECTION 1. FÉDÉRAL.....	33
§1. Détention de stupéfiants	33
§2. Illégalité des SCMR.....	34
§3. Responsabilité pénale du personnel.....	34
§4. Responsabilité civile du personnel	36
§5. Troubles du voisinage.....	37
SECTION 2. ENTITÉS FÉDÉRÉES	38
§1. Région de Bruxelles-Capitale.....	39
§2. Région wallonne	40
§3. Communauté flamande.....	41

PARTIE 3. OBSTACLES JURIDIQUES AUX SCMR EN BELGIQUE ET PISTES D'AMELIORATIONS EN DROIT COMPARE

I. SANCTIONS PÉNALES POUR DÉTENTION DE STUPÉFIANTS DANS LA LOI BELGE	42
SECTION 1. SOLUTION 1 : DÉPÉNALISATION DE LA DÉTENTION DE STUPÉFIANTS EN GÉNÉRAL	43
§1. Inspiration du Portugal – Loi n°30/2000 du 29 novembre 2000	43
§2. Inspiration des Pays-Bas – OpiumWet du 12 mai 1928.....	45
SECTION 2. SOLUTION 2 : DÉPÉNALISATION DE LA DÉTENTION DE STUPÉFIANTS DANS LE CADRE DES SCMR	47
§1. Allemagne – Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981	48
§2. Canada – Loi réglementant certaines drogues et autres substances du 19 mai 1997	49
§3. Luxembourg – Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie du 21 juillet 2023.....	50
§4. Irlande - Misuses of Drugs Act Supervised Injection Facilities du 16 mai 2017	51
§5. France – Loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016	52
SECTION 3. ANALYSE	53
II. SCMR ILLÉGALES SELON LA LOI BELGE	54

SECTION 1. SOLUTION 1 : SCMR AUTORISÉES EN TANT QUE TELLES DANS LA LÉGISLATION	54
§1. Irlande – Misuses of Drugs Act Supervised Injection Facilities du 16 mai 2017	54
§2. Suisse – Loi fédérale sur les stupéfiants et psychotropes du 3 octobre 1951	55
§3. Luxembourg – Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie du 27 avril 2001.....	56
§4. Allemagne – Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981	57
SECTION 2. SOLUTION 2 : SCMR PRÉVUES EN TANT QUE PROJETS EXPÉRIMENTAUX.....	58
§1. France – Loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016	58
SECTION 3. ANALYSE	60
<u>PARTIE 4. LIMITES DU TRAVAIL ET AMÉLIORATIONS POTENTIELLES</u>	<u>62</u>
I. FUTURES PISTES DE RECHERCHE : OBSTACLES NON-JURIDIQUES.....	62
II. LIMITES DU TRAVAIL	64
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>65</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>67</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>86</u>

Liste des abréviations

SCMR / salle de consommation	Salle de consommation à moindre risque
RdR	Réduction des Risques
PES	Programme d'Échange de Seringues
TSO	Traitement de Substitution aux Opiacés
OICS / INCB	Organe International de Contrôle des Stupéfiants / International Narcotics Control Board
UE	Union Européenne
N-VA	Nieuw-Vlaamse Alliantie
LRCDas	Loi Réglementant Certaines Drogues et Autres Substances
SCT	Salle de Consommation pour Toxicomanes
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MR	Mouvement Réformateur

Glossaire

Opiumwet	Loi néerlandaise sur les stupéfiants
Misuses of Drugs Act Supervised Injection Facilities	Loi irlandaise sur les centres d'injection supervisés
Betäubungsmittelgesetz	Loi allemande sur les stupéfiants

Introduction

Aujourd'hui, la question de la consommation de drogues et des politiques visant à réduire les risques qui y sont associés constituent des sujets d'une grande importance. À cet égard, les salles de consommation à moindre risque, offrant un cadre où les usagers de drogues peuvent consommer certains produits sous supervision médicale, émergent comme une initiative novatrice et controversée dans divers cadres légaux.

La question de recherche à laquelle nous tenterons de répondre dans ce travail sera : Quels sont les obstacles juridiques à la mise en place des salles de consommation à moindre risque (dites SCMR) en Belgique, et quelles solutions peuvent être inspirées du droit comparé pour adapter la législation belge de 1921 sur les stupéfiants¹ et améliorer la réglementation à propos de ces salles ?

Pour la réalisation de ce travail, diverses étapes ont été réalisées. Il a d'abord été nécessaire de lire et d'analyser un certain nombre d'articles, de rapports et d'ouvrages sur le sujet. Puis, pour une rédaction bien à jour et actuelle, diverses interviews ont été effectuées avec des personnes ayant différents liens et impacts sur les salles de consommation en Belgique et au Luxembourg.

Pour répondre à la thématique de ce mémoire, la première partie abordera les notions fondamentales, en définissant la consommation de drogues et en distinguant les différents types de stupéfiants présents dans les SCMR. Nous examinerons également les politiques de réduction des risques, notamment les mécanismes tels que les programmes d'échange de seringues et de traitement de substitution aux opiacés. La suite sera dédiée aux SCMR elles-mêmes, en retraçant leur historique, leur définition, leurs objectifs et les divers modèles existants, ainsi que les groupes ciblés par ces initiatives. Il sera également fait état de la situation belge en la matière.

La deuxième partie examinera l'état de la réglementation applicable, tant au niveau international qu'au niveau national. Un accent particulier sera mis sur la législation belge,

¹ 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, *M.B.*, 06 mars 1921, p. 1834.

notamment la loi sur les stupéfiants de 1921², mettant en évidence les défis juridiques spécifiques auxquels sont confrontées les SCMR en Belgique.

La troisième partie sera dédiée aux obstacles juridiques rencontrés en Belgique pour la mise en place des SCMR. Diverses solutions, inspirées du droit comparé, seront alors proposées à la suite d'une analyse des éléments législatifs étrangers pertinents.

Enfin, la quatrième et dernière partie présentera les limites de cette étude et proposera des pistes pour de futures recherches, avant d'établir une conclusion à ce travail.

Bonne lecture !

² 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, *précitée*.

Partie 1. Notions principales

I. Consommation de drogues

Section 1. Distinction entre drogues et stupéfiants

La consommation de drogues est un véritable enjeu contemporain. On entend régulièrement parler de trafic de drogues, notamment en Belgique via le Port d'Anvers qui est régulièrement surnommé « plaque tournante de la drogue »³. Il est d'ailleurs fort probable que chaque citoyen belge soit entouré de personnes qui consomment du tabac, de l'alcool ou encore des hallucinogènes, de la cocaïne ou même des amphétamines.

On entend par drogue, une substance psychoactive utilisée en dehors du cadre médical⁴. Cependant, cette définition est considérée comme étant incomplète car elle ne s'attarde pas sur la notion d'addiction, de dépendance ainsi que sur les substances qui sont, quant à elles, médicales⁵. Les différents types de drogues font régulièrement l'objet de catégorisation. Les substances peuvent être classées selon leurs effets de dépendance, leur dangerosité ou encore leur toxicité⁶. Le plus souvent, elles se distinguent selon qu'elles soient « dures » ou « douces » ou selon qu'elles soient légales ou illégales⁷. Parmi tous ces classements qui divergent un peu les uns des autres, une chose est sûre, le tabac et l'alcool sont de loin les produits les plus populaires, suivis de près du cannabis⁸.

À la suite de la crise du COVID-19, certaines conséquences ont pu être remarquées en matière de consommation de drogues⁹. Au quotidien, la vie des gens a été bousculée et bon nombre de personnes ont été confrontées à de nouvelles problématiques. La santé mentale a été

³ J.-P., STROOBANTS, « A Bruxelles, le trafic de drogue et la violence des bandes se répandent », *Le Monde*, 12 mars 2024, disponible sur www.lemonde.fr (consulté le 13 mars 2024).

⁴ DOC THOM, « Drogue / Psychotrope / Stupéfiant / Toxique », *Vocabulaire médical*, 03 octobre 2016, disponible sur www.vocabulaire-medical.fr (consulté le 28 novembre 2023).

⁵ *Idem*.

⁶ J.-M., COSTES, « De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ? », *Revue Psychotropes*, 2013, p.21.

⁷ *Ibidem*, p. 11.

⁸ J.-P., COUTERON, et M., LEDUC, « Réduction des risques et réponse pénale (regards croisés) », *Délibérée*, 2018, p. 28.

⁹ S., LECLERC, *(Més)usages de drogues et de conduites addictives : plan du secteur spécialisé de la Région de Bruxelles-Capitale (2021-2022)*, Bruxelles, Fedito BXL ASBL, 2021, p. 4.

fortement atteinte et cela a influencé la consommation de substances, que celles-ci soient légales (comme le tabac ou l'alcool) ou illégales (comme le cannabis ou la cocaïne)¹⁰.

De plus, nous faisons régulièrement face à de nouvelles drogues qui circulent ou à de nouveaux modes de consommation qui émergent. Tout s'est d'ailleurs fort complexifié avec le développement d'internet et des plateformes de commerce en ligne¹¹. On peut désormais fréquemment et facilement y retrouver du narcotrafic¹². Cela augmente donc l'offre et la demande de ce genre de produits illicites.

Par ailleurs, le développement de nouvelles substances a été expérimenté assez récemment avec l'arrivée en masse du « Rosin », une nouvelle drogue dérivée du Cannabis¹³. Cette dernière rencontrerait apparemment un grand succès. Il y a donc une véritable nécessité de conscientisation. Les autorités et les soins de santé se doivent d'être très vigilants dans le but de suivre et comprendre les nouvelles tendances afin de mettre en place des stratégies de prévention et de prise en charge¹⁴.

En Europe, des analyses sont souvent effectuées concernant les tendances en matière de drogues. Le rapport le plus reconnu est établi par l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants) et le plus récent d'entre eux date de 2023¹⁵. Dans ce dernier, divers éléments ressortent. On y apprend que la substance la plus couramment consommée en Europe est le Cannabis¹⁶. Concernant l'héroïne, la consommation est assez stabilisée depuis quelques années et concerne environ 1 million d'adultes européens¹⁷. L'on peut également apprendre de ce rapport que les opioïdes sont les substances les plus prises en charge par les pays européens, du moins au niveau des traitements¹⁸.

¹⁰ *Idem.*

¹¹ J.-P., COUTERON, et M., LEDUC, *op. cit.* (voy. note n°8), p. 28.

¹² Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2023 », *INCB*, Vienne, 05 mars 2024, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024), p. 1.

¹³ S., PONCIAU, « Bien plus puissant que le cannabis : voici le Rosin, la nouvelle drogue qui envahit l'Europe, risques d'overdose à la clé », *La Libre*, 26 février 2024, disponible sur www.lalibre.be (consulté le 06 mars 2024).

¹⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *EMCDDA*, Lisbonne, 2018, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 14 avril 2023), p. 7.

¹⁵ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2023 », *op. cit.* (voy. note n° 12).

¹⁶ *Ibidem*, p. 135.

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

Concernant la notion même de « stupéfiant », il est intéressant de la distinguer de la notion de « drogue ». Il est possible d'appréhender ce terme à l'aide de la Convention Unique des Nations-Unies, datant de 1961¹⁹. Cette dernière ne contient, non pas une définition de ce terme, mais bien une liste des stupéfiants, complétée par l'Union européenne lorsque de nouvelles substances entrent sur le marché²⁰. On retrouve d'ailleurs une version adaptée de cette liste dans la Convention de 1971 sur les substances psychotropes²¹. Une définition plus claire et plus générale est de considérer comme stupéfiants, les drogues dites illégales²². Le cannabis a donc une situation particulière car il est considéré comme légal dans certains pays et illégal dans d'autres²³.

Section 2. Types de stupéfiants dans les salles de consommation à moindre risque

Les stupéfiants sont un des éléments principaux de ce travail puisque, comme développé ci-après, la consommation de stupéfiants est un aspect crucial des Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR). Il est donc primordial de s'attarder sur les catégories de psychotropes consommés dans ces différents lieux.

Dans les SCMR du monde entier, il est généralement question de deux types de stupéfiants : les drogues injectées et les drogues inhalées.

Dans la première catégorie, les drogues injectées, il y a ce qui est appelé les « opiacés ». Parmi ceux-ci, on retrouve l'héroïne et la morphine²⁴. Ce sont des drogues qui sont apparues au 19^{ème} siècle en Europe, la morphine connaissant un plus grand succès que l'héroïne à l'époque²⁵. Puis, dans les années soixante, des politiques prohibitionnistes se sont développées²⁶. À la suite

¹⁹ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, approuvée par la loi du 8 décembre 1983, *M.B.*, 14 septembre 1984, p. 12703.

²⁰ H., PONGÉRARD-PAYET, « L'évolution du cadre juridique de la lutte contre le trafic de stupéfiants en droit de l'Union européenne », *Revue juridique de l'Océan Indien*, 2019, p. 394.

²¹ Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, approuvée par la loi du 5 juin 1992, *M.B.*, 21 mars 1996, p. 6437.

²² DOC THOM, *op. cit.* (voy. note n°4).

²³ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), disponible sur www.wetten.overheid.nl.

²⁴ J.-M., COSTES, *op. cit.* (voy. note n° 6), p. 22.

²⁵ *Idem.*

²⁶ *Idem.*

de cela, le trafic d'héroïne est devenu plus aisé que celui de la morphine et la popularité s'est donc inversée²⁷. Dans les SCMR, on retrouve des consommateurs d'héroïne²⁸.

La seconde catégorie dont les salles de consommation se préoccupent sont les produits fumés et inhalés. Parmi ces substances, on trouve le cannabis, qui, comme expliqué ci-dessus, est de plus en plus populaire. C'est pourquoi les SCMR s'adaptent et incluent cette substance à leurs centres, notamment aux Pays-Bas²⁹. Deux autres produits régulièrement consommés dans ces salles sont l'héroïne, cette fois-ci fumée, ainsi que la cocaïne, qui, basée avec du bicarbonate de soude, devient du crack et peut également être inhalée³⁰.

En Belgique, on retrouve également ces deux catégories de stupéfiants dans les salles de consommation à moindre risque. On y retrouve donc un bon nombre de consommateurs d'héroïne (injectée ou fumée), qui sont par ailleurs nombreux en Belgique³¹. Il y a également des toxicomanes s'injectant ou inhalant de la cocaïne et/ou du crack³². Cependant, aucune salle belge n'est fréquentée par des usagers fumant du cannabis³³.

Bien évidemment, les substances consommées dans les salles de consommation divergent selon les habitudes des consommateurs³⁴. Chaque SCMR de chaque ville s'adapte à la consommation de ses usagers, chaque système présente ses spécificités.

II. Politiques de réduction des risques (RdR)

Avant de s'attaquer à l'élément principal de ce mémoire, autrement dit les salles de consommation à moindre risque, il est nécessaire de s'attarder sur le concept de « réduction des risques »³⁵. Ce terme a émergé au milieu des années 1980³⁶, une période marquée par la

²⁷ *Idem*.

²⁸ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

²⁹ C., CHARVET, A., DE GEE, D., VAN DER GOUWE, A., VAN DER POEL, et S., WOODS, *Drug consumption Rooms in the Netherlands*, Utrecht, Trimbos Institute, 2019, p.19.

³⁰ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

³¹ M., ANSSEAU, I., DEMARET, A., LEMAÎTRE, et AL., « Projet TADAM : conclusions scientifiques et recommandations », *La Lettre du Respadd*, 2014, p. 4.

³² E., DAMIAN, *La consommation de drogues en Belgique : les principaux résultats de Drug Vibes – L'enquête belge sur les drogues*, Bruxelles, Sciensano, 2023, p. 4.

³³ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO et annexe n° 2, interview de P. PIRONET.

³⁴ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

³⁵ J.-Y., TRÉPOS, « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matières de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, p. 96.

³⁶ M., NOUGIER et E., SCHATZ, *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique*, Londres, International Drug Policy Consortium, 2012, p. 1.

propagation croissante du VIH, le virus responsable du SIDA, ainsi que des hépatites³⁷. Ces maladies se sont particulièrement répandues par le biais des échanges de seringues lors des injections de drogues³⁸. À cette époque, la consommation de stupéfiants est devenue de plus en plus visible dans l'espace public, ce qui a entraîné un nombre significatif de décès, ainsi que la propagation de maladies infectieuses et de troubles sociaux³⁹.

Ce sont donc ces différentes épidémies qui ont fait émerger l'urgence d'adopter des stratégies de Réduction des Risques (RdR) et d'instaurer une certaine prévention en matière de drogues⁴⁰. Le concept de RdR a ensuite progressivement gagné en importance et fait désormais partie intégrante des politiques antidrogue de l'Union européenne⁴¹. Ces politiques sont également très utiles pour venir en aide aux personnes les plus vulnérables, particulièrement à la suite de la crise du COVID-19, mentionnée précédemment⁴².

Section 1. Définitions et objectifs

Le terme « réduction des risques » est un terme assez largement défini qui englobe différents mécanismes. On en retrouve donc de nombreuses définitions, même si ces dernières se rejoignent sur de nombreux points. Sur la plateforme belge de RdR (Réduction des Risques) pour Bruxelles et la Wallonie, on retrouve une définition de ce terme :

*« La réduction des risques est une stratégie de **santé publique** qui vise à **prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues »**. Elle concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. (...) Les risques principalement associés aux drogues sont **les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux**. Ils peuvent avoir pour conséquences une **morbidity, une mortalité et une exclusion sociale** que ces stratégies visent à réduire. »*⁴³

³⁷ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *Drug consumption rooms*, Oxford, The Beckley Foundation, 2004, p. 1.

³⁸ J., BRIDGE, C., COOK, et G. V., STIMSON, "The diffusion of harm reduction in Europe and beyond", in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. de T. RHODES et D. HEDRICH), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, p. 37.

³⁹ D. HEDRICH, *European report on drug consumption rooms*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, p. 15.

⁴⁰ ASBL MODUS VIVENDI, « Charte de Réduction des Risques », *Plate-forme de RdR*, Bruxelles, 2018, disponible sur www.reductiondesrisques.be (consulté le 10 avril 2023).

⁴¹ Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102.

⁴² D., HUBERT (pour la Ville de Strasbourg, Groupe Pompidou et Conseil de l'Europe), *Colloque SCMR 2021 : Salles de consommation à moindre risque en Europe : poursuivre la dynamique face aux défis majeurs du XXIème siècle*, Strasbourg, 2021, p. 3.

⁴³ ASBL MODUS VIVENDI, *op. cit.*, (voy. note n°40).

Il est également possible de lire que la réduction des risques consiste en :

*« Elle s'appuie sur des dispositifs ou actions qui cherchent à atteindre **des populations éloignées du dispositif de soins, souvent précarisées, partent de leur demande (matériel rendant la consommation moins dangereuse, conseils, soins somatiques, accès aux droits, survie), s'y adaptent avec un seuil d'exigence adapté et facilitent l'accès aux soins.** »⁴⁴*

Parmi ces définitions, et tant d'autres que l'on peut trouver dans de nombreux articles scientifiques, différents éléments apparaissent. Il est intéressant de porter notre attention sur les objectifs visés par ces politiques, mais également sur les différents mécanismes mis en place un peu partout dans le monde.

Pour commencer, l'objectif principal de ces stratégies est de promouvoir l'amélioration de la santé publique tout en décourageant la consommation de drogues. Il y a aussi un souci de dignité et de citoyenneté des toxicomanes⁴⁵. Lorsqu'on évoque la santé publique, cela symbolise la réduction des dommages découlant de la prise de substances illicites chez les personnes dépendantes, ainsi que la prévention en matière de drogues⁴⁶. En général, sont considérés comme risques liés à ces substances, les risques psychosociaux, les lésions somatiques ou la dépendance⁴⁷. D'autres préoccupations importantes sont la mortalité, l'exclusion sociale ainsi que la morbidité⁴⁸.

Un autre aspect visé par la RdR est la sécurité publique. Nous le verrons notamment via les SCMR, dont l'un des objectifs est considéré comme étant la sécurité des communautés avoisinantes⁴⁹. Cependant, tout le monde n'est pas convaincu par le fait que les toxicomanes puissent représenter un risque sécuritaire pour la société, notamment les personnes en charge des salles de consommation à moindre risque⁵⁰.

Le dernier point important concernant cette gestion des risques est le non-jugement des usagers de drogues, ainsi que de la drogue en tant que telle. En effet, la RdR a pour but d'atteindre

⁴⁴ J.-M., COSTES, *op. cit.* (voy. note n° 6), p. 16.

⁴⁵ D., HUBERT, *op. cit.* (voy. note n° 42), p. 13.

⁴⁶ M.-H., SALAH, « Les salles de consommation à moindres risques », *Bruxelles Santé* n°79, Bruxelles, 2015, p. 5.

⁴⁷ ASBL MODUS VIVENDI, *op. cit.*, (voy. note n°40).

⁴⁸ *Idem.*

⁴⁹ M., NOUGIER et E., SCHATZ, *op. cit.* (voy. note n° 36), p.3.

⁵⁰ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

des populations plus marginalisées⁵¹. Le seul objectif est de les aider, de les informer et, encore une fois, de limiter les risques liés à leur consommation⁵².

En pratique, énormément de stratégies de réduction des risques sont mises en place. À titre d'exemple, la ville de Bruxelles a établi une charte de RdR. Cette dernière a été élaborée par l'ASBL Modus Vivendi, ayant pour but la prévention du SIDA (VIH) et la réduction des risques liés à l'usage de drogues⁵³. Dans cette charte, la notion de RdR est définie, ainsi que ses enjeux, suivis de constats sur la drogue et la société⁵⁴.

Section 2. Mécanismes mis en place

Sur le terrain, de nombreux mécanismes sont implémentés à travers le monde. En effet, il existe différents programmes tels que la prévention et l'éducation, les traitements de substitution, les programmes d'échanges de seringues, ...⁵⁵ Il est important de savoir qu'il est rare qu'un système existe indépendamment des autres. Par exemple, un comptoir d'échange de seringues va souvent essayer de sensibiliser son public ou renvoyer les usagers vers d'autres services compétents, les informer de ce dont ils peuvent bénéficier. Régulièrement, ces stratégies de réduction sont des prémisses à l'installation de SCMR.

1-Programmes d'échange de seringue (PES)

Les programmes d'échange de seringues (PES) sont des dispositifs ayant été créés dans les années 1980, en commençant aux Pays-Bas, en Australie ainsi qu'au Royaume-Uni⁵⁶. Désormais, ils sont assez courants et développés. Les PES ont pour objectif de distribuer des seringues stériles aux personnes qui sont dépendantes de substances injectées, mais aussi de récupérer les seringues usagées de ces derniers⁵⁷. Ceci, toujours dans le but d'éviter les infections

⁵¹ J.-M., COSTES, *op. cit.* (voy. note n° 6), p. 16.

⁵² ASBL MODUS VIVENDI, *op. cit.*, (voy. note n°40).

⁵³ Lien vers l'ASBL Modus Vivendi, Bruxelles : <http://modusvivendi-be.org> (consulté le 23 octobre 2023).

⁵⁴ ASBL MODUS VIVENDI, *op. cit.*, (voy. note n°40).

⁵⁵ T., DECORTE, L., FAVRIL, et F., VANDER LAENEN, "Harm reduction and drug consumption rooms", in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, p. 22.

⁵⁶ J. EMMANUELLI, « Politique de réduction des risques : programmes d'échanges de seringues », *Médecine/Sciences*, 2004, p. 599.

⁵⁷ Lien vers le Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gand : <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent>.

et la transmission de maladies⁵⁸. Il y a également un souci de propreté de l'espace public puisqu'on évite que les toxicomanes jettent leurs déchets dans la rue⁵⁹.

Pour que ces programmes soient autorisés en Belgique, une modification de la loi sur les stupéfiants de 1921 était nécessaire⁶⁰. Auparavant, les PES étaient considérés comme des programmes d'« incitation à l'usage » et étaient alors illégaux⁶¹. À partir de ce moment-là, le §2, alinéa 2, de l'article 3 de la loi de 1921 a été modifié et a exclu la délivrance à titre gratuit des sanctions pénales⁶².

L'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi sur les stupéfiants de 1921 dispose que : « *Ne sont pas soumises à l'application de l'alinéa précédent, l'offre en vente, la vente au détail et la délivrance, même à titre gratuit, visées à l'article 4, § 2, 6°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales* »⁶³.

Différents centres et comptoirs d'échanges de seringues existent en Belgique. Nous pouvons notamment nous intéresser au centre Transit à Bruxelles, qui a un rôle d'accueil mais aussi de logement pour les toxicomanes⁶⁴. Il existe également « Le Comptoir »⁶⁵, à Charleroi. Dans ce dernier, tout a été créé pour que, en plus de l'échange de seringues, il s'agisse d'un lieu de calme et de bien-être pour les personnes sous influence⁶⁶. De plus, l'objectif de diminution de nuisance pour le voisinage est bien respecté puisqu'ils récupèrent environ 90% des seringues usagées⁶⁷. En Flandre, il existe aussi le projet GIG (Gezondheidspromotie bij Injecterend Gebruik), situé à Gand⁶⁸.

⁵⁸ J. EMMANUELLI, *op. cit.* (voy. note n°56), p. 599.

⁵⁹ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

⁶⁰ 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, *précitée*.

⁶¹ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., « Salles de consommation à moindres risques : Note de synthèse », *Cellule Générale de Politique Drogues*, Bruxelles, 2016, disponible sur www.politiquedrogue.be (consulté le 12 avril 2024), p. 29.

⁶² *Idem*.

⁶³ 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, *précitée*, art. 3, §2, al. 2.

⁶⁴ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 6.

⁶⁵ Lien vers l'ASBL Le Comptoir, Charleroi : <https://www.lecomptoirdecharleroi.net> (consulté le 25 octobre 2023).

⁶⁶ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

⁶⁷ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

⁶⁸ Lien vers le Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gand : <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent>.

À l'étranger, nous pouvons citer « ABRIGADO »⁶⁹ au Luxembourg ou « CAARUD »⁷⁰ à Strasbourg. Concernant « CAARUD », il s'agit d'un centre qui, avec les années, s'est énormément développé. Nous pouvons désormais y trouver, en plus du comptoir d'échange de seringues, un lieu accueillant où diverses activités artistiques, culinaires ou autres sont proposées aux personnes dépendantes⁷¹. Il y a également une possibilité pour ces personnes de prendre une douche ou de nettoyer leurs vêtements⁷². En bref, ils proposent une offre assez complète puisqu'en plus de cela, le centre est relié à une SCMR (Argos) et à un centre de soins (CSAPA)⁷³.

2-Programmes de traitement de substitution aux opiacés (TSO)

La fourniture des traitements de substitution aux opiacés (TSO), dont les deux principaux sont la méthadone et la buprénorphine, a pour but de soulager les symptômes de sevrage associés à l'utilisation d'héroïne⁷⁴. Ils permettent aux personnes dépendantes de changer leurs habitudes de vie et de réduire, voire de cesser, leur consommation d'héroïne.

Ces traitements sont généralement administrés par voie orale, aident à prévenir les symptômes de sevrage et à réduire le désir de consommer de l'héroïne⁷⁵. Ils sont aussi souvent associés à un soutien psychosocial et doivent être prescrits par un médecin⁷⁶.

En Belgique, lorsque les TSO sont apparus, il n'y avait aucun cadre légal et cela consistait donc en une activité illégale. Petit à petit, un encadrement législatif s'est créé et réside désormais l'arrêté royal du 19 mars 2004 qui régit cette matière⁷⁷.

L'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés en Europe varie considérablement selon les pays. En général, c'est la méthadone qui est le traitement le plus

⁶⁹ Lien vers la salle « Abrigado » et l'ASBL C.N.D.S., Luxembourg : <https://cnds.lu/abrigado/> (consulté le 13 février 2024).

⁷⁰ Lien vers la salle « Argos », Strasbourg : <https://ithaque-asso.fr/argos.html> (consulté le 14 février 2024).

⁷¹ M., DOS SANTOS, « L'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque. Un défi pour les professionnels de l'addictologie », *Nouvelle Revue de psychologie*, 2016, p.64.

⁷² *Idem*.

⁷³ Lien vers la salle « Argos », Strasbourg : <https://ithaque-asso.fr/argos.html> (consulté le 14 février 2024).

⁷⁴ M., JAUFFRET-ROUSTIDE, « Les salles de consommation à moindre risque : Apprendre à vivre avec les drogues », *Esprit*, 2016, p. 117.

⁷⁵ C., STÉVENOT, et M., HOOGE, « L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles : Rapport 2017 », *eurotox*, Bruxelles, 2017, disponible sur www.eurotox.org (consulté le 10 avril 2023), pp.127-128.

⁷⁶ M., JAUFFRET-ROUSTIDE, « Les salles de consommation à moindre risque : Apprendre à vivre avec les drogues », *op. cit.* (voy. note n° 74), p. 116.

⁷⁷ C., STÉVENOT, et M., HOOGE, *op. cit.* (voy. note n° 75), pp.127-128.

couramment prescrit. Cependant, dans certains pays, la buprénorphine à dosage élevé est également utilisée⁷⁸.

L'objectif à long terme de ces traitements est d'aider les patients à se rétablir et à entamer un processus de guérison. Les salles de consommation à moindre risque peuvent jouer un rôle important dans ce processus en fournissant un environnement sûr et des services de soutien aux personnes qui consomment des drogues, tout en les encourageant à envisager un traitement de substitution et à entamer un processus de guérison⁷⁹. Ces programmes jouent donc un grand rôle en termes de réinsertion sociale et de diminution de la mortalité découlant des injections de stupéfiants⁸⁰.

3-Sensibilisation et éducation aux risques

Un autre élément essentiel de ces mécanismes de réduction des risques est la sensibilisation et l'éducation des usagers. Il est crucial que le personnel travaillant dans les centres mentionnés précédemment informe les usagers sur les substances qu'ils consomment, ainsi que sur les options disponibles pour eux.

Le but de ces programmes est de fournir aux usagers des informations objectives et accessibles sur les risques associés à leur consommation de drogues, sans pour autant en encourager l'usage⁸¹. Cette approche nous montre que la réduction des risques intervient à tous les stades de la consommation de drogues et ne se limite pas à l'abstinence ou à la répression⁸².

Dans le cadre de ces efforts, différents programmes sont mis en place, tels que la création de centres de consommation supervisée, où les usagers peuvent recevoir des conseils en matière d'hygiène et de sécurité, ainsi que des informations sur la réduction des risques⁸³. Ces centres jouent un rôle crucial en fournissant une éducation sur l'utilisation plus sûre des drogues et en offrant un soutien immédiat en cas d'urgence médicale⁸⁴.

⁷⁸ C., BRENTARI, H., STÖVER, et A., STEVENS, "Criminal justice approaches to harm reduction in Europe", in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. De T. RHODES et D. HEDRICH), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, p.386.

⁷⁹ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n°61), p. 32.

⁸⁰ C., STÉVENOT, et M., HOOGE, *op. cit.* (voy. note n° 75), pp.127-128.

⁸¹ ASBL MODUS VIVENDI, *op. cit.*, (voy. note n°40), p. 2.

⁸² *Idem*.

⁸³ D., HEDRICH, *op. cit.*, (voy. note n°39), p. 43.

⁸⁴ J.-P., COUTERON, « la Réduction des risques : une approche qui vise l'épanouissement », *Multitudes*, 2011, p. 69.

Parallèlement, des initiatives de prévention et de sensibilisation sont déployées, notamment à travers des formations sur l'utilisation de certaines substances, afin de prévenir les overdoses, ainsi que des programmes d'éducation sur les gestes et attitudes adéquats en cas de crise⁸⁵.

Au niveau de la sensibilisation, ces programmes sont très clairement un point de départ vers l'accès aux soins de santé. Il est important que le personnel informe les usagers des possibilités qui leur sont ouvertes⁸⁶. Cependant, il arrive que les professionnels de la santé soient réticents à l'idée de fournir des soins aux usagers lorsqu'ils sont sous emprise⁸⁷.

Ces efforts s'inscrivent dans un cadre plus large de coopération internationale, tel que souligné dans la Convention unique sur les stupéfiants de 1961 qui reconnaît l'importance de la prévention, du traitement et de la réduction des risques pour la santé publique⁸⁸.

III. Salle de consommation à moindre risque (SCMR)

Une autre politique de réduction des risques, au cœur de ce travail, consiste en l'implémentation de salles de consommation à moindre risque. Cette création a pour buts principaux la sécurité publique ainsi que la santé publique⁸⁹. Ces initiatives ont été développées pour différentes raisons, notamment la croissance des taux de mortalités suite à la prise d'opiacés⁹⁰.

Section 1. Historique

La première SCMR a été ouverte en Suisse, en 1986⁹¹. Celle-ci a été suivie par plusieurs autres pays européens tels que l'Allemagne, les Pays-Bas, la France, l'Espagne, le Luxembourg,

⁸⁵ A., GYARMALTY, R., HARTNOLL, et T., ZABRANSKY, "Variations in problem drug use patterns and their implications for harm reduction", in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. De T. RHODES et D. HEDRICH), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, p. 421.

⁸⁶ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

⁸⁷ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

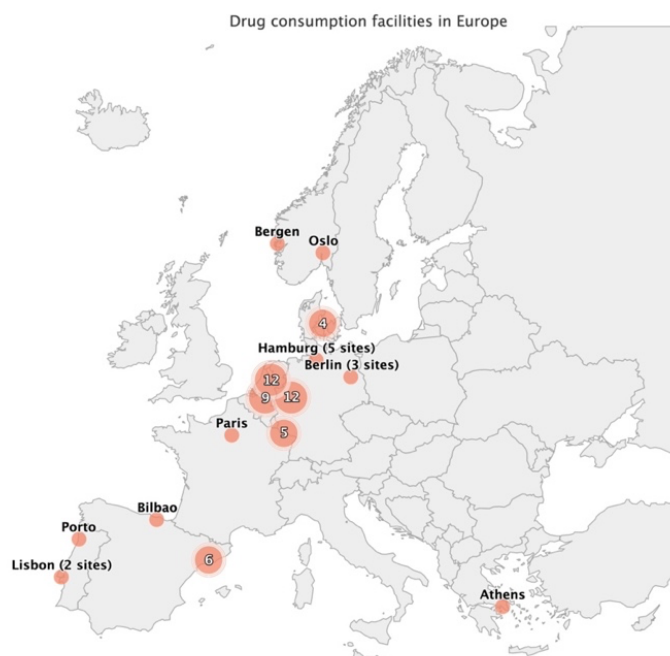
⁸⁸ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 38.

⁸⁹ J.-Y. TRÉPOS, *op. cit.* (voy. note n° 35), p. 94.

⁹⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.*, (voy. note n°14), p. 2.

⁹¹ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 2.

la Norvège, le Danemark ou encore la Grèce⁹². Actuellement, 83 salles sont installées en Europe. Bien évidemment, ce nombre évolue d'année en année. Il est d'ailleurs prévu qu'une telle salle soit établie pour 2025 à Charleroi, en Belgique⁹³. La ville qui en contient le plus est Barcelone (9), suivie par Hambourg (5). La carte suivante permet une bonne visualisation de la situation européenne :



**Location and number of drug consumption facilities throughout Europe⁹⁴*

De plus, l'expansion des SCMR au-delà de l'Europe est en développement depuis les années 2000, avec l'établissement de telles structures en Australie et au Canada⁹⁵. Celles-ci ont d'ailleurs été régulièrement analysées et évaluées à propos de leur efficacité à réduire les dommages liés à la consommation de drogues⁹⁶. Ces études ont démontré les effets positifs des expériences menées⁹⁷.

Dans le contexte du droit comparé, plusieurs pays ont surmonté divers obstacles juridiques et politiques pour mettre en place des SCMR. Dans nombre d'entre eux, ces structures

⁹² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), "Infographic. Location and number of drug consumption facilities throughout Europe", EMCDDA, Lisbonne, 2023, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 10 février 2024).

⁹³ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

⁹⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), "Infographic. Location and number of drug consumption facilities throughout Europe", *op. cit.*, (voy. note n° 92).

⁹⁵ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 5.

⁹⁶ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 2.

⁹⁷ J., AZUAR, G., CLEIREC, V., CLERGUE-DUVAL, et V., TARONI, « Salle de consommation à moindre risque : les généralistes majoritairement favorables à l'expérimentation », *Addictions*, 2017, p. 4.

sont devenues une composante essentielle des services de traitement des drogues⁹⁸. Il y en a certains qui sont d'ailleurs considérés comme étant des projets pilotes en termes de recherche scientifique, comme par exemple la salle à Vancouver au Canada⁹⁹. Les leçons tirées de ces expériences peuvent aider à établir de nouvelles SCMR dans d'autres juridictions.

Section 2. Définition

Les salles de consommation à moindre risque partagent plusieurs caractéristiques communes, peu importe où elles sont situées. Initialement destinées aux utilisateurs d'injection, elles se sont progressivement ouvertes à d'autres modes de consommation¹⁰⁰. Elles offrent un environnement sécurisé, réglementé et médicalisé où les toxicomanes apportent les substances obtenues par eux-mêmes, avec ou sans prescription¹⁰¹. Le tout se fait bien évidemment sans aucun jugement moral de la part des professionnels qui les aident¹⁰².

Une SCMR est une structure dite à « bas seuil » d'exigence, autrement dit facilitant l'accès des personnes consommant des drogues à des services de soutien et de traitement, tout en réduisant les obstacles et en préservant leur anonymat¹⁰³. Cela permet aux usagers de se sentir en sécurité lors de l'utilisation des services proposés¹⁰⁴.

L'objectif premier des SCMR est de réduire les risques pouvant être liés à l'usage de stupéfiants et d'en promouvoir une utilisation plus sûre¹⁰⁵. En effet, une salle de consommation doit être conçue comme un service à bas seuil, accessible avec le moins de barrières possible, afin d'atteindre les utilisateurs à haut risque et les personnes les plus compliquées à toucher¹⁰⁶.

⁹⁸ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, "Discussion, conclusion and recommendations", in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, p. 209.

⁹⁹ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 2.

¹⁰⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.*, (voy. note n°14), p. 7.

¹⁰¹ B., BERTRAND, *Salles de shoot ? : Un regard engagé en faveur de l'expérimentation de structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*, Paris, Books On Demand, 2010, p. 19.

¹⁰² J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, "Feasibility in Belgium: a qualitative analysis", in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, p. 163.

¹⁰³ J.-Y. TRÉPOS, *op. cit.* (voy. note n° 35), p. 99.

¹⁰⁴ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 203.

¹⁰⁵ M., NOUGIER et E., SCHATZ, *op. cit.* (voy. note n° 36), p. 16.

¹⁰⁶ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 135.

C'est pourquoi l'anonymat est indispensable¹⁰⁷. Il permet d'attirer la population cible sans susciter leurs craintes en matière de confidentialité¹⁰⁸.

En outre, ces services à bas seuil offrent différents types de soutien, allant des fournitures de base comme les seringues et les préservatifs, aux soins médicaux, psychologiques et sociaux¹⁰⁹. Ils vont même jusqu'à l'accès à des logements¹¹⁰. La philosophie sous-jacente à ces espaces met l'accent sur le respect du droit des clients à l'autodétermination et sur la promotion de leur sentiment de responsabilité, plutôt que sur une approche strictement médicale¹¹¹.

Section 3. Objectifs

Malgré certaines divergences en termes de fonctionnement, les salles de consommation poursuivent divers objectifs interconnectés pour atténuer les conséquences négatives de l'usage de drogues illicites, tant sur le plan individuel que social¹¹². Ces objectifs se concentrent principalement sur trois aspects : la santé publique, la sécurité publique et la logique sociale¹¹³.

En matière de santé publique, les SCMR s'efforcent de réduire les risques sanitaires majeurs associés à la consommation de drogues, notamment la transmission d'infections et les décès par overdose, en fournissant des services tels que la distribution de matériel d'injection stérile et les interventions d'urgence en cas de surdose¹¹⁴.

Concernant la sécurité publique, ces structures cherchent à limiter les nuisances causées par l'usage de drogues dans les espaces publics, en diminuant la présence de seringues usagées et d'autres troubles associés, tout en offrant un environnement contrôlé pour la consommation de drogues¹¹⁵.

¹⁰⁷ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n°61), p. 32.

¹⁰⁸ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 203.

¹⁰⁹ J.-Y. TRÉPOS, *op. cit.* (voy. note n° 35), p. 99.

¹¹⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 7.

¹¹¹ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹¹² B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, "Legal framework for implementation", in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, p. 82.

¹¹³ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 5.

¹¹⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 1.

¹¹⁵ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 6.

Sur le plan social, les salles de consommation jouent un rôle crucial en orientant les usagers marginalisés vers des services de prise en charge sanitaire, en facilitant l'accès à des traitements de substitution et en favorisant la réhabilitation sociale et personnelle¹¹⁶. De plus, elles servent de point d'entrée vers d'autres services de santé et sociaux, contribuant ainsi à une meilleure intégration des personnes marginalisées dans la société¹¹⁷.

Section 4. Trois modèles de salles

Parmi toutes les salles qui existent, chacune a son propre modèle. En effet, elles divergent selon les besoins des usagers, leur mode de consommation, mais aussi selon l'espace disponible et ce que la localité accepte ou non¹¹⁸. Malgré tout, elles ont des objectifs communs comme détaillés ci-dessus et des modes de fonctionnement qui peuvent se ressembler. C'est pourquoi il est tout de même possible de les classer en trois catégories principales.

1 - Intégrées

Ce premier type de salle est certainement le plus courant. Il s'agit de SCMR qui sont dites intégrées à des structures à bas seuil d'exigences¹¹⁹. Cela veut dire qu'en plus de la salle de consommation, d'autres services sont prévus¹²⁰. En effet, il est possible d'y retrouver un restaurant social, des logements, des douches et machines à laver, du matériel tel que des seringues ou même des préservatifs¹²¹.

De plus, des conseils et un traitement spécialisé sont également proposés pour répondre aux besoins individuels des usagers¹²². En somme, ces salles de consommation adoptent une approche globale en offrant une gamme complète de services pour soutenir les usagers et promouvoir leur bien-être.

¹¹⁶ M., JAUFFRET-ROUSTIDE, « Les salles de consommation à moindre risque : Apprendre à vivre avec les drogues », *op. cit.* (voy. note n° 74), p. 116.

¹¹⁷ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 5.

¹¹⁸ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

¹¹⁹ D., SCHAFFER, H., SCHÖFFER, et L. WEICHERT, *Drug consumption rooms in Europe: Model, best practice and challenges*, Amsterdam, European Harm Reduction Network, 2014, p. 5.

¹²⁰ X., « Des salles de consommation ? », *Univers santé*, s.d., disponible sur www.univers-sante.be (consulté le 27 novembre 2023).

¹²¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Health and social responses: drug consumption rooms », *EMCDDA*, Lisbonne, 2024, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 05 mai 2024).

¹²² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.*, (voy. note n° 14), p. 4.

2 – Spécialisées

Les salles de consommation spécialisées se concentrent principalement sur la supervision de la consommation de drogues, permettant des services directement liés à cette activité¹²³. Elles fournissent du matériel d'injection stérile pour réduire les risques d'infection et prodiguent des recommandations en matière de santé et de sécurité afin d'éduquer les usagers sur les pratiques visant à minimiser les dangers pour leur santé¹²⁴.

En cas d'urgence, ces salles sont équipées pour une intervention médicale immédiate et adéquate¹²⁵. Elles offrent aussi un espace de surveillance post-consommation dans lequel les usagers peuvent être observés par des professionnels de la santé pour détecter toute complication et réagir promptement¹²⁶.

Les salles de consommation spécialisées fournissent donc un environnement sûr et encadré où les usagers peuvent consommer leurs drogues tout en bénéficiant d'un soutien médical et d'une surveillance attentive. Contrairement aux structures intégrées, elles se concentrent exclusivement sur les besoins liés à la consommation de drogues et ne proposent pas d'autres services plus personnels aux usagers.

3 – Mobiles

À l'heure actuelle, des initiatives de structures mobiles ont été lancées à Barcelone, Copenhague, Berlin, ainsi qu'au Canada¹²⁷. En Belgique, une ouverture est prévue à Charleroi en 2025¹²⁸. Ces initiatives se distinguent par leur capacité à offrir des services de manière flexible sur le plan géographique, s'adaptant ainsi aux besoins changeants des usagers et des communautés¹²⁹.

¹²³ X., « Des salles de consommation ? », *op. cit.* (voy. note n° 120).

¹²⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), "Health and social responses: drug consumption rooms", *op. cit.*, (voy. note n° 121).

¹²⁵ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n° 61), p. 8.

¹²⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.*, (voy. note n° 14), p. 4.

¹²⁷ D., SCHAFFER, H., SCHÖFFER, et L. WEICHERT, *op. cit.* (voy. note n° 121), p. 7.

¹²⁸ X., « Des salles de consommation ? », *op. cit.* (voy. note n° 120).

¹²⁹ A., PINTO DE OLIVERAA, "First year of implementation of a drug consumption room in Lisbon: the client's profile", *European Journal of Public Health*, 2020, p. 678.

Souvent, les initiatives de structures mobiles sont mises en place pour atteindre des populations qui résident dans des zones plus éloignées ou moins accessibles, complétant ainsi l'action des établissements fixes¹³⁰. Cette approche permet d'élargir la portée des services offerts et d'assurer une meilleure couverture géographique, répondant ainsi aux besoins des usagers qui pourraient avoir des difficultés à accéder aux établissements fixes. Cependant, les structures mobiles n'ont pas de capacité d'accueil aussi grande que les salles intégrées ou spécialisées¹³¹.

Section 5. Groupes ciblés – triptyque

Lorsqu'on s'intéresse aux salles de consommation à moindre risque, un triptyque d'acteurs ressort. Il s'agit du personnel, des usagers et des riverains habitant autour de la SCMR¹³². Ils jouent tous un rôle important dans la création ou dans la vie quotidienne de la salle.

1 – Professionnels

Dans les SCMR, les professionnels ont un rôle essentiel et quotidien concernant la supervision, l'accompagnement et la fourniture de services aux usagers. Différents métiers sont représentés au sein de cette organisation. Il s'agit d'une véritable équipe multidisciplinaire¹³³.

Tout d'abord, nous pouvons relever les infirmiers. Ce sont eux qui sont les plus présents. En effet, ils sont toujours là pendant les heures d'ouvertures de la salle¹³⁴. Ils sont absolument indispensables au fonctionnement de la structure car ils assurent la supervision directe des usagers pendant leur consommation, offrent des soins médicaux de base en cas de besoin (comme en cas d'overdose par exemple), distribuent du matériel stérile et dispensent des conseils d'éducation sanitaire¹³⁵. Leur rôle est crucial pour la réduction des risques liée à l'injection et pour garantir la sécurité des usagers¹³⁶.

¹³⁰ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹³¹ X., « Des salles de consommation ? », *op. cit.* (voy. note n° 120).

¹³² L., ROUSVOAL, « Avant-propos », *Cahiers Droit, Sciences & technologies*, 2020, p. 22.

¹³³ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 158.

¹³⁴ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

¹³⁵ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

¹³⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 6.

Ensuite, il y a, en Belgique, toujours un médecin dans l'équipe. Seulement, ce dernier n'est pas toujours physiquement présent dans la salle. En général, il vient une ou deux fois par semaine sur place¹³⁷. Bien évidemment, ce médecin reste toujours appelable en cas d'urgence. Il faut qu'il puisse être contacté par les infirmiers assez facilement et rapidement pendant les heures d'ouverture¹³⁸. En général, si les médecins ne se trouvent pas 24h/24 dans les salles, c'est pour des raisons budgétaires¹³⁹.

Un autre groupe de travailleurs important sont les éducateurs, ou travailleurs sociaux¹⁴⁰. Ces derniers aident les usagers à entrer en contact avec les services sociaux et de santé, notamment concernant le traitement de leur dépendance¹⁴¹. Ils peuvent fournir des conseils et un soutien pour encourager les usagers à accéder à ces services et à entreprendre des démarches de réhabilitation et de réintégration sociale¹⁴². Parmi ces travailleurs, certains font partie de l'équipe de sécurité de la salle. Leur rôle principal est de prévenir la violence et les divers conflits qui pourraient survenir, mais ils ne sont pas postés tels des vigiles à l'entrée de la SCMR¹⁴³.

Parfois, un dernier groupe est considéré comme faisant partie de l'équipe encadrant la SCMR. Il s'agit des anciens usagers, des pairs¹⁴⁴. Leur implication dans la gestion quotidienne des salles de consommation à moindre risque est considérée comme importante pour plusieurs raisons. Ils peuvent partager leur expérience et leur expertise avec les usagers actuels, rendre le service plus accueillant et compréhensif et favoriser la réduction des risques en fournissant des conseils pratiques basés sur leur propre vécu¹⁴⁵. Leur implication est généralement bien accueillie, bien que certaines personnes aient exprimé des inquiétudes quant à l'exposition des anciens usagers à un environnement de consommation active¹⁴⁶.

¹³⁷ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

¹³⁸ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹³⁹ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 158.

¹⁴⁰ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹⁴¹ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 158.

¹⁴² M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 6.

¹⁴³ Voir annexe n° 4, interview de L. FAUCHET.

¹⁴⁴ A., CURADO, D., GAUTIER, M., OLIVEIRA, J., SANTA MARIA, J., TAVARES, et A., TAYLOR, "Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon", *Harm Reduction Journal*, Lisbonne, 2019, p. 2.

¹⁴⁵ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 142.

¹⁴⁶ *Idem*.

Il ne faut pas oublier que, dans le rôle du personnel des SCMR, il n'est en aucun cas prévu qu'ils assistent les toxicomanes dans leur prise de substances¹⁴⁷. Ils sont plutôt formés pour fournir des conseils et, dans les cas d'urgence, des soins aux usagers¹⁴⁸.

2 – Riverains

Les riverains jouent un rôle essentiel dans la mise en place des SCMR. En effet, il est crucial d'impliquer le voisinage dès le début du processus d'implémentation. Leur implication, leur information préalable et leur mobilisation sont essentielles pour assurer le succès et l'acceptation de ces initiatives.

Lors de l'implémentation d'une salle, l'équilibre entre santé publique et ordre public est important. La principale crainte des riverains est de voir une augmentation de l'affluence d'usagers de drogues dans leur quartier¹⁴⁹. Pour les rassurer, des éducateurs sont présents pour établir le contact avec eux et les informer¹⁵⁰. Il est d'ailleurs recommandé de mettre en place des moyens de communication transparents pour répondre aux questions et aux inquiétudes des riverains¹⁵¹. À titre d'exemple, une initiative intéressante est d'encourager tout citoyen à aller visiter la SCMR afin de découvrir et comprendre le fonctionnement et les effets de ces structures¹⁵².

En outre, des actions de médiation sont recommandées pour renforcer l'impact des SCMR sur la tranquillité publique¹⁵³. Des mini-enquêtes auprès des riverains sont également préconisées pour évaluer leurs préoccupations avant la mise en place des SCMR¹⁵⁴. Dans la pratique, à Liège, on a pu voir que le voisinage a même manifesté son soutien à la salle de consommation et a même milité pour son maintien¹⁵⁵.

¹⁴⁷ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

¹⁴⁸ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

¹⁴⁹ D., HUBERT, *op. cit.* (voy. note n° 42), p. 16.

¹⁵⁰ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹⁵¹ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 206.

¹⁵² Voir annexe n°4, interview de L. FAUCHET.

¹⁵³ D., HUBERT, *op. cit.* (voy. note n° 42), p. 15.

¹⁵⁴ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

¹⁵⁵ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

Le dernier groupe constituant le triptyque est bien évidemment, celui des usagers des salles de consommation à moindre risque. Il s'agit d'individus vulnérables qui ont une réelle importance dans la mise en place et l'utilisation de ce service, ainsi que dans le processus décisionnel. En effet, ils sont souvent consultés afin de répondre au mieux à leurs besoins spécifiques¹⁵⁶.

Concernant leur profil, il s'agit principalement d'hommes âgés de plus de 30-40 ans, souvent sans emploi, sans-abris et ayant une longue histoire en termes de consommation de drogues¹⁵⁷. Les femmes y sont peu représentées et les mineurs n'y sont généralement pas acceptés¹⁵⁸. Les usagers sont marginalisés socialement et éloignés des structures de soins traditionnelles¹⁵⁹.

À propos des critères d'admission aux salles, ils peuvent varier selon les pays¹⁶⁰. Cependant, la plupart des SCMR excluent totalement les mineurs¹⁶¹. Parfois, les résidents non-locaux ne sont pas admis non plus, mais ce n'est pas le cas partout¹⁶². Cependant, il est nécessaire que ces critères soient flexibles et que la salle réponde aux besoins spécifiques des usagers¹⁶³.

Concernant la réglementation dans la salle elle-même, les usagers doivent signer un règlement d'ordre intérieur avant d'y entrer. Souvent, les règles sont telles que : « *ne pas être en état d'ivresse avancée, ne pas s'adonner au trafic de drogue ou adopter un comportement violent, et (...) suivre des mesures d'hygiène et de sécurité* »¹⁶⁴. En annexe se trouve un exemple de convention que les usagers doivent signer à leur arrivée dans la salle de consommation « Abrigado » au Luxembourg¹⁶⁵.

¹⁵⁶ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 200.

¹⁵⁷ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 5.

¹⁵⁸ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 5.

¹⁵⁹ A., PINTO DE OLIVERAA, *op. cit.* (voy. note n°129), p. 678.

¹⁶⁰ Lien vers l'ASBL Transit, Bruxelles : <http://fr.transitasbl.be/contact/> (consulté le 15 octobre 2023).

¹⁶¹ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 190.

¹⁶² M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 5.

¹⁶³ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 192.

¹⁶⁴ M.-H., SALAH, *op. cit.* (voy. note n° 46), p. 5.

¹⁶⁵ Voir annexe n°4, interview de L. FAUCHET.

IV. Mise en place des SCMR en Belgique

Trouver le bon endroit pour établir une salle de consommation à moindre risque est crucial. Elle doit être facilement accessible à ceux qui en ont besoin. De ce fait, le choix du quartier et de l'emplacement doit être stratégique¹⁶⁶.

De plus, il est conseillé que la SMCR soit intégrée dans une approche plus large de gestion des drogues, qu'elle soit associée à d'autres services de santé et de soutien¹⁶⁷. Cela signifie qu'elle doit faire partie d'une stratégie coordonnée au niveau local, régional et national¹⁶⁸.

En Belgique, la première SCMR s'est installée en 2018, à Liège¹⁶⁹. On y retrouve une salle nommée « Sâf Ti First », constituée de conteneurs. « Sâf Ti » signifie protège-toi en dialecte wallon¹⁷⁰. La seconde signification est tirée de l'anglais car la traduction de « safety first » signifie la sécurité prime¹⁷¹. À l'intérieur de cette salle, en plus des espaces réservés à la consommation, on retrouve des pièces réservées au personnel, une salle d'attente ainsi qu'une pièce de détente avec machine à café¹⁷². Cette salle de consommation a été encouragée et poussée par Monsieur Demeyer, bourgmestre de la ville de Liège¹⁷³.

Ensuite, une autre salle de consommation, nommée « GATE », s'est installée à Bruxelles en 2021¹⁷⁴. Ce nom est la traduction anglaise du mot porte/portail. Il signifie donc que la SCMR représente une entrée vers d'autres soins¹⁷⁵. L'ASBL Transit la considère même comme offrant « la sécurité, la mise à l'abri, le passage de la rue à un lieu d'encadrement supervisé »¹⁷⁶. Tout comme la salle de Liège, elle se situe dans un lieu stratégique, proche de services utiles

¹⁶⁶ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹⁶⁷ J., DE MAEYER, L., FAVRIL, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 102), p. 165.

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 169.

¹⁶⁹ C., STEVENOT, « Salles de consommation à moindre risque : quelle efficacité ? », *Police locale de Brunau*, 16 novembre 2021, disponible sur www.police.be (consulté le 13 mars 2023).

¹⁷⁰ M. GIOT, « Liège : la salle de consommation à moindre risque pour usagers toxicomanes ouvrira le 5 septembre », *RTBF*, 31 août 2018, disponible sur www.rtb.be (consulté le 06 novembre 2024).

¹⁷¹ M., FRANS, « Sâf ti First ou comment résoudre l'improbable équation entre santé et toxicomanie : Interview de D. Delhauteur, coordinateur de la fondation TADAM », *Toxicomanie... et si on en parlait ?*, 2018, n°98.

¹⁷² S., WARSZACKI, « Salle de consommation de drogues : le projet « pousse-la-loi » des Liégeois », *Alter Echos*, 28 janvier 2019, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 20 avril 2024).

¹⁷³ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

¹⁷⁴ A., HOVINE, « Le Gate s'ouvrira en décembre à Bruxelles pour les usagers de drogues : « Ce n'est pas une salle de shoot » », *La Libre*, 20 juillet 2021, disponible sur www.lalibre.be (consulté le 03 octobre 2023).

¹⁷⁵ Lien vers l'ASBL Transit, Bruxelles : <http://fr.transitasbl.be/contact/> (consulté le 15 octobre 2023).

¹⁷⁶ Lien vers l'ASBL Transit, Bruxelles : <http://fr.transitasbl.be/contact/> (consulté le 15 octobre 2023).

(commissariat et hôpital) mais aussi et surtout non loin de là où se situent les endroits où se trouvent un grand nombre de toxicomanes¹⁷⁷.

La dernière salle en Belgique est prévue pour 2025. Il s'agira d'une salle mobile et elle se situera à Charleroi¹⁷⁸. On ne parlera donc pas de SCMR mais bien de BCMR, Bus de Consommation à Moindre Risque¹⁷⁹. Celle-ci se déplacera entre deux points stratégiques : la gare de Marchienne-au-Pont et le centre-ville de Charleroi¹⁸⁰.

Au niveau de la Flandre, les politiques ne sont pas aussi avancées par rapport aux SCMR. On retrouve tout de même dans diverses villes flamandes, telles que Gand ou Anvers, des centres d'accueil médico-social, dits « MSOC » (Medisch Sociaal Opvangcentrum)¹⁸¹. Cependant, ces derniers ne sont pas des SCMR mais plutôt des centres pluridisciplinaires offrant de l'aide médicale mais dans lesquels il n'est pas possible de rester¹⁸².

¹⁷⁷ *Idem.*

¹⁷⁸ D., ALBIN, « Charleroi : le projet de BCMR (bus de consommation à moindre risque) est sur les rails pour aider les toxicomanes », l'avenir, 21 février 2024, disponible sur www.lavenir.net (consulté le 05 mars 2024).

¹⁷⁹ *Idem.*

¹⁸⁰ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

¹⁸¹ Lien vers les différents comptoirs d'échange de seringues en Flandre : <https://free-clinic.be/free-clinic/spuitenruil/spuitenruiladressen-in-vlaanderen/> (consulté le 20 avril 2024).

¹⁸² Lien vers le Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gand : <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent> (consulté le 20 avril 2024).

Partie 2. État de la réglementation applicable

Pour examiner la légalité des salles de consommation à moindre risque, il est essentiel de comprendre les réglementations qui s'appliquent. Nous commencerons par examiner les normes internationales pertinentes. Puis, nous nous pencherons sur le droit belge pour une analyse approfondie.

I. Droit international

Section 1. Nations-Unies

Au niveau du droit international, il convient de mentionner trois conventions relatives au contrôle international des stupéfiants, auxquelles la Belgique a adhéré¹⁸³. Il est important de noter que tous les États membres de l'Union européenne ont signé et ratifié ces trois textes¹⁸⁴. Il est également essentiel de comprendre le rôle de l'OICS (Organe International de Contrôle des Stupéfiants) dans la mise en place des SCMR.

§1. Convention des Nations-Unies de 1961

La première Convention dont il est question date de 1961. Il s'agit de la Convention Unique sur les stupéfiants, faite à New York¹⁸⁵. Cette dernière est tirée du premier traité au monde traitant de la problématique des drogues, établi à La Haye en 1912¹⁸⁶.

Le texte de 1961 a pour objectif de réglementer tout ce qui concerne les stupéfiants, qu'il s'agisse de leur contrôle, leur fabrication ou leur distribution¹⁸⁷. Elle concerne principalement les opiacés, la cocaïne et le cannabis¹⁸⁸. Cette Convention a établi des tableaux et liste de

¹⁸³ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2022 », INCB, Vienne, 09 mars 2023, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024), p. 22.

¹⁸⁴ H., PONGÉRARD-PAYET, *op. cit.* (voy. note n°20), p. 393.

¹⁸⁵ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*.

¹⁸⁶ F., AWADA, I., GREMY, H., HEURTEL, et S., SCHERER, *Salles de consommation à moindre risque : mise en œuvre et impacts*, IAU, 2018, p.5

¹⁸⁷ *Idem*.

¹⁸⁸ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 1.

substances contrôlées et impose des obligations aux 97 États parties en matière de réglementation et de contrôle des stupéfiants¹⁸⁹.

Un article bien précis de cette Convention est utile dans l'analyse de la légalité des SCMR. Il s'agit de l'article 4 qui dispose ce qui suit :

« Les Parties prendront les mesures législatives et administratives qui pourront être nécessaires : (...) »

*c) Sous réserve des dispositions de la présente Convention, pour limiter **exclusivement aux fins médicales et scientifiques** la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants. »¹⁹⁰*

Après lecture de cet article, la question se pose de la légalisation des SCMR en tant que telles. En effet, celui-ci met l'accent sur la nécessité de restreindre l'utilisation de substances illicites, tout en permettant leur utilisation à des fins spécifiques¹⁹¹. Cette disposition souligne qu'il existe une exception lorsque l'objectif poursuivi est médical ou scientifique¹⁹².

Suite à cette exception, un doute subsiste concernant les SCMR. Sont-elles légalisées par ce but médical et scientifique ? Pour éclairer cela, un des rapports sur la Convention Unique sur les stupéfiants précise que la possibilité d'autoriser une drogue à des fins médicales et scientifiques se limite à la feuille de coca et au cannabis¹⁹³. Un autre rapport, datant de 1989, à la suite de la création d'une SCMR en Suisse, a affirmé que le but médical signifiait, par exemple, le soin des personnes atteintes de cancer¹⁹⁴.

Cependant, certains auteurs considèrent tout de même que ce but médical pourrait inclure la protection de la santé publique prévue par les SCMR¹⁹⁵. Un autre argument de ceux qui

¹⁸⁹ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*.

¹⁹⁰ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 4.

¹⁹¹ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 4, c).

¹⁹² Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 4, c).

¹⁹³ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Premier rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants », *INCB*, Vienne, novembre 1968, disponible sur www.incb.org (consulté le 12 février 2024), p. 11.

¹⁹⁴ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1989 », *INCB*, Vienne, décembre 1989, disponible sur www.incb.org, p. 16.

¹⁹⁵ X., « La « guerre contre les drogues » : fact checking des idées reçues », *Eurotox*, 24 juin 2021, disponible sur www.eurotox.org (consulté le 05 mars 2024).

prônent la légalisation de certaines drogues est basé sur les droits fondamentaux. Ils citent notamment le droit à la vie ou à la santé¹⁹⁶, qui seront développés ci-après. Il est important de rappeler que le droit international et les obligations des États à respecter ces droits priment sur les conventions des Nations-Unies¹⁹⁷. Le paysage législatif est donc assez partagé.

§2. *Convention des Nations-Unies de 1971*

Cette convention des Nations-Unies sur les stupéfiants¹⁹⁸ ajoute différents éléments à la première développée ci-dessus. Elle étend le champ de contrôle international sur un plus grand nombre de stupéfiants. S’y ajoutent par exemple les amphétamines, les hallucinogènes et les stimulants¹⁹⁹.

Tout comme la première Convention, celle-ci peut fournir un cadre juridique pour les pays envisageant la mise en place de salles de consommation. En effet, il est impératif que les États signataires respectent leurs obligations internationales en matière de contrôle des stupéfiants²⁰⁰. Étant donné que cet instrument juridique renforce le contrôle des drogues illicites, notamment au niveau de la consommation, et non seulement de la distribution et de la production, son application par le biais des SCMR est intéressante²⁰¹. En effet, dans ces salles, les substances sont contrôlées. Il est important de voir ce que les usagers consomment et il y a même une certaine volonté d’analyse de la composition des drogues²⁰².

Ce texte à portée internationale s’inscrit dans un cadre social et politique bien précis. En effet, il a été ratifié dans les années 1970, période assez prohibitionniste, de criminalisation des usagers de drogues²⁰³. Il y a une certaine ambition de contrôler les citoyens à l’époque, ce qu’on retrouve dans ce texte de 1971²⁰⁴.

¹⁹⁶ Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne, *J.O.U.E.*, 26 octobre 2012, C 326, art. 2 et 35.

¹⁹⁷ X., « La réglementation du cannabis et les Traités de l’ONU sur les drogues : stratégies de Réforme », *tmi*, 27 mai 2016, disponible sur www.tni.org (consulté le 10 mars 2024).

¹⁹⁸ Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, *précitée*.

¹⁹⁹ P., SIMON, « Le cadre juridique international de la lutte contre les stupéfiants », *Revue juridique de l’Océan indien*, 2019, p. 421.

²⁰⁰ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2023 », *op. cit.* (voy. note n° 12), p. 1.

²⁰¹ Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, *précitée*, art. 5.

²⁰² Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

²⁰³ F., AWADA, I., GREMY, H., HEURTEL, et S., SCHERER, *op. cit.*, (voy. note n°186), p. 5.

²⁰⁴ Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, *précitée*.

§3. Convention des Nations-Unies de 1988

La troisième et dernière Convention dont il est question ici est la Convention des Nations-Unies contre le trafic de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988²⁰⁵. À la suite de cette dernière, les différents États concernés vont être davantage encouragés à intégrer un contrôle des stupéfiants dans leurs lois, surtout concernant la détention et la consommation privée²⁰⁶. Elle a donc un certain impact sur les salles de consommation puisque, dans ces lieux, les consommateurs arrivent pour consommer leurs propres substances.

Toutefois, ce texte concerne principalement le trafic de drogues et les activités criminelles qui en découlent, telle que le blanchiment d'argent par exemple²⁰⁷. Comme les deux précédentes conventions, la Convention de 1988 ne traite pas spécifiquement des salles de consommation à moindre risque. Cependant, elle peut également fournir un cadre juridique pour soutenir la mise en place de telles installations, en particulier en ce qui concerne les aspects de prévention et de réduction des méfaits liés à la consommation de drogues.

En résumé, le texte de 1961 prévoit un cadre mondial visant à restreindre la production, la distribution et la consommation de stupéfiants, notamment à des fins exclusivement médicales et scientifiques²⁰⁸. Elle est particulièrement tournée vers la cocaïne, l'opium et le cannabis²⁰⁹. La Convention de 1971 élargit la liste des substances contrôlées²¹⁰. Quant à celle de 1988, elle a été conçue pour faire face à une augmentation du trafic et de la consommation de certaines substances, l'héroïne, la cocaïne et le cannabis²¹¹. Elle propose notamment la mise en place de sanctions pénales²¹².

²⁰⁵ Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 adoptée à Vienne le 20 décembre 1988, approuvée par la loi du 6 août 1993, *M.B.*, 21 mars 1996, p. 6461.

²⁰⁶ F., AWADA, I., GREMY, H., HEURTEL, et S., SCHERER, *op. cit.*, (voy. note n°186), p. 5.

²⁰⁷ Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 adoptée à Vienne le 20 décembre 1988, *précitée*, p. 1.

²⁰⁸ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*.

²⁰⁹ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 1.

²¹⁰ Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, *précitée*.

²¹¹ Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 adoptée à Vienne le 20 décembre 1988, approuvée par la loi du 6 août 1993, *M.B.*, 21 mars 1996, p. 6461.

²¹² S. LORIDON, « Le système de contrôle des drogues peut-il changer ? », *Journal français de psychiatrie*, 2016, p. 99.

Pour évaluer la compatibilité des SCMR avec ces trois Conventions des Nations-Unies, il est important de noter que ces textes sont avant tout axées sur la santé²¹³. De ce fait, le cadre juridique de ces Conventions présente une certaine flexibilité, permettant aux États de concevoir et de mettre en œuvre des politiques nationales en matière de drogues adaptées à leurs priorités et besoins²¹⁴.

§4. Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS)

En complément de ces divers textes législatifs, un organe des Nations-Unies revêt une grande importance : l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants (OICS). L'OICS est considéré comme étant « *l'organe indépendant et quasi-judiciaire de surveillance de la mise en œuvre des conventions internationales des Nations unies relatives au contrôle des drogues. Il a été créé en 1968 conformément à la Convention unique sur les stupéfiants de 1961* » (traduction libre)²¹⁵. Cet organe contribue à la mise en œuvre de ces différents textes en vérifiant que les mesures nationales mises en place sont conformes aux obligations internationales prévues²¹⁶.

Puisque différents pays, parties aux Conventions internationales, ont mis en place des SCMR, l'Organe international de contrôle de stupéfiants a émis divers avis à leur sujet, évoluant au fil du temps²¹⁷. Initialement, cette entité avait estimé que les salles de consommation étaient contraires aux différents instruments juridiques cités ci-dessus. En effet, elles étaient considérées comme facilitant le trafic de drogues²¹⁸ et ne respectant pas l'exception du but scientifique ou médical²¹⁹.

Cependant, au fil du temps, l'OICS a assoupli sa position. Progressivement, les SCMR se sont vues reconnaître comme étant une approche bénéfique, à condition qu'elles fassent partie d'une approche intégrée, globale²²⁰. Désormais, elles sont donc considérées comme conformes

²¹³ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 66.

²¹⁴ *Idem.*

²¹⁵ Définition trouvée sur <https://www.incb.org> : “*the independent and quasi-judicial monitoring body for the implementation of the United Nations international drug control conventions. It was established in 1968 in accordance with the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*”.

²¹⁶ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2022 », *op. cit.* (voy. note n°183), p. 52.

²¹⁷ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 68.

²¹⁸ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport de l'organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999 », INCB, Vienne, 2000, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024), p. 72.

²¹⁹ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2000 », INCB, Vienne, 2001, disponible sur www.incb.org (consulté le 20 avril 2024), p. 66.

²²⁰ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), pp. 68-69.

si elles sont liées à des services de traitement, de réhabilitation et de réintégration sociale²²¹. Si ces conditions sont remplies, les SCMR sont considérées comme ayant un but médical, tel que prévu par la convention de 1961²²². Cette évolution semble être principalement motivée par la santé et le bien-être des toxicomanes, un thème très important pour l'ONU en termes de stupéfiants²²³.

Section 2. Union européenne

Au niveau de l'Union européenne, différents éléments législatifs sont pertinents, notamment en ce qui concerne les droits fondamentaux et le plan antidrogue de l'UE. Une coopération à l'échelle européenne est importante pour de nombreux points, notamment les salles de consommation²²⁴.

§1. Droits fondamentaux

Les SCMR s'inscrivent dans la vision des droits fondamentaux prévue par l'Union européenne. En signant les différentes Conventions internationales, les États s'engagent à respecter certaines obligations dans l'établissement de leurs législations²²⁵. Parmi les droits humains liés à la création des salles de consommation, on retrouve le droit à la dignité, à la liberté ou encore les valeurs liées à la solidarité²²⁶.

Le respect de la dignité humaine est un principe fondamental, comme le souligne l'article 1 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, affirmant que la dignité humaine est inviolable et doit être respectée et protégée²²⁷. Les salles de consommation à moindre risque s'inscrivent dans cette perspective en offrant un environnement sûr et sécurisé où les individus peuvent consommer des substances sans risquer leur santé ou leur sécurité²²⁸. Cette approche

²²¹ *Ibidem*, p. 70.

²²² Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*, art. 4.

²²³ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 70.

²²⁴ D., HUBERT, *op. cit.* (voy. note n° 42), p. 23.

²²⁵ Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2022 », *op. cit.* (voy. note n°183), p. 21.

²²⁶ J.-M., COSTES, *op. cit.* (voy. note n° 6), p. 15.

²²⁷ Convention européenne des Droits de l'homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M. B.*, 19 août 1955, p. 5029, art. 1

²²⁸ M., JAUFFRET-ROUSTIDE, « Les salles de consommation à moindre risque : De l'épidémiologie à la politique », *La vie des idées*, 22 janvier 2015, disponible sur : lavedesidees.fr (consulté le 25 novembre 2023), p. 1.

contribue à atténuer les dommages associés à la consommation de drogues tout en préservant la dignité des usagers.

La liberté est également un droit essentiel, comme le prévoit l'article 6 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, garantissant à toute personne le droit à la liberté et à la sécurité²²⁹. Les SCMR offrent aux usagers la liberté de choisir de consommer ou non des substances dans un cadre contrôlé et supervisé²³⁰. Ils ne sont pas contraints de consommer dans des endroits publics ou dangereux, ce qui réduit les risques pour leur sécurité ainsi que pour celle des autres.

Par ailleurs, la solidarité est une valeur fondamentale de l'Union européenne selon l'article 2 du Traité sur l'Union européenne²³¹, est promue par les SCMR en offrant un soutien aux usagers de drogues les plus vulnérables et marginalisés de la société²³². En leur fournissant un accès à des services de santé et de soutien social, les SCMR contribuent à réduire les inégalités et à renforcer la cohésion sociale²³³.

Enfin, les salles de consommation sont conformes au principe de non-discrimination, garantissant l'accès à des services de santé et de soutien sociaux sans discrimination, comme le prévoit l'article 21 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne²³⁴.

§2. Plan antidrogue de l'Union européenne

Par ailleurs, la mise en œuvre des SCMR s'inscrit dans le cadre de politiques antidrogue plus larges, telles que le plan de l'UE pour la période 2021-2025²³⁵. Ce dernier cherche à harmoniser les actions des États membres dans la lutte contre le trafic de drogues. Il vise à

²²⁹ Convention européenne des Droits de l'homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M. B.*, 19 août 1955, p. 5029, art. 6.

²³⁰ Voir annexe n° 2, interview de P. PIRONET.

²³¹ Traité sur l'Union européenne (version consolidée), *J.O.U.E.*, 26 octobre 2012, C 326, art. 2.

²³² J.-P., LHOMME, « L'ouverture de Salles de Consommation à Moindre Risque. Une « affaire » d'éthique ? », *Rhizome*, 2016, p.17.

²³³ CHÉRONNET, H., « Les salles de consommation de drogue à moindre risque : un déplacement des frontières entre normaux et stigmatisés ? », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, p. 58.

²³⁴ Convention européenne des Droits de l'homme et des Libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M. B.*, 19 août 1955, p. 5029, art. 2 et 35.

²³⁵ Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102.

prévenir la consommation de drogues, à sensibiliser aux risques et aux effets néfastes et à améliorer l'accès aux soins et à la réinsertion sociale pour les individus dépendants²³⁶.

Le plan antidrogue de l'Union européenne prévoit plusieurs actions dans le domaine de la prévention et du traitement de la toxicomanie. Il est possible de citer divers exemples tels que la formation des professionnels²³⁷ ou l'augmentation de la disponibilité d'informations fiables en matière de prévention²³⁸. Les objectifs des SCMR sont tout à fait en ligne avec les principes de santé publique et de réduction des risques défendus par ce plan²³⁹.

Au niveau du droit supranational, les SCMR sont donc compatibles avec les différentes législations. Aucun de ces textes n'interdit ou ne condamne la création des salles de consommation dans les différents États concernés. Leur efficacité est désormais pleinement reconnue et elles sont officiellement considérées comme des outils positifs et bénéfiques dans la réduction des risques²⁴⁰.

II. Droit belge

En droit belge, il est nécessaire de distinguer le niveau fédéral du niveau régional. En effet, le fédéral régit les matières pénales, les sanctions liées à la détention de drogues et à la création des SCMR²⁴¹. Les régions, quant à elles, sont responsables du financement des salles, des politiques de santé en général²⁴².

²³⁶ Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102.

²³⁷ Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102, stratégie 5.

²³⁸ Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102.

²³⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 1.

²⁴⁰ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 112), p. 69.

²⁴¹ 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, *précitée*, art. 1 et 3.

²⁴² D., DELHAUTEUR, L., FAVRIL, P., NICAISE, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, "How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation", *Addiction Science & Clinical Practice*, 2019, p. 5.

Section 1. Fédéral

La loi belge en matière de stupéfiants est 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 psychotropes²⁴³. L'objectif de ce texte est de réglementer et diminuer la possession mais aussi le trafic de substances psychoactives²⁴⁴. Plusieurs éléments de cette loi sont intéressants à analyser.

§1. Détention de stupéfiants

Tout d'abord, ce texte législatif se concentre sur la notion de détention de stupéfiants, plutôt que sur celle de consommation²⁴⁵. L'article 1 de cette loi dispose que toute personne trouvée en possession de stupéfiants est passible de poursuites pénales²⁴⁶. La consommation est donc, elle aussi incluse car pour consommer de la drogue, il faut la détenir²⁴⁷. Or, à l'inverse, il est possible de détenir des drogues sans les consommer²⁴⁸. La portée de ces mesures répressives est donc plus large que si elles englobaient seulement la consommation. Une liste des stupéfiants se trouve dans un arrêté royal du 6 septembre 2017²⁴⁹. Ce dernier s'inspire de la catégorisation déjà effectuée par la Convention Unique des Nations-Unies de 1961²⁵⁰.

La possession de stupéfiants est assortie de diverses sanctions. Cela constitue un délit passible d'une amende pouvant aller de 25 à 2500 € ou d'une peine d'emprisonnement de 3 mois

²⁴³ 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, *précitée*.

²⁴⁴ 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, *précitée*.

²⁴⁵ B., VALKENEERS, « La loi de 1921, entre anachronisme et obstacle à la volonté d'une politique globale et intégrée en matière de drogues », *Drogues, santé prévention*, Prospective Jeunesse, 2022, n°96-97.

²⁴⁶ 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, *précitée*, art. 1.

²⁴⁷ M.-L., TROQUAY, « La Salle de Consommation de drogue à Moindre Risque de la Ville de Liège : évaluation critique au regard du droit interne et international », travail de fin d'études (prom. V. FRANSEN), 2018-2019, p. 11.

²⁴⁸ *Idem*.

²⁴⁹ Arrêté Royal du 06 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 26 septembre 2017, p. 88114.

²⁵⁰ Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, *précitée*.

à 5 ans²⁵¹. En présence de circonstances aggravantes, ces infractions peuvent être qualifiées de crimes, entraînant alors des peines plus sévères, pouvant aller de 10 à 20 ans de réclusion²⁵².

§2. *Illégalité des SCMR*

Un autre article extrêmement important est l'article 3 de la loi du 24 février 1921. Nous pouvons lire dans son paragraphe 2 que :

*« 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'article 2bis, § 1, soit **en procurant à cet effet un local**, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage »*²⁵³.

Les SCMR ne sont donc en aucun cas reconnues légalement par la loi belge sur les stupéfiants. Toutes ces salles sont créées en contradiction avec la législation fédérale.

Il y a un réel décalage entre la loi et la réalité. Une incertitude juridique existe pour des dispositifs innovants comme les salles de consommation à moindre risque²⁵⁴. Bien que ces salles aient prouvé leur efficacité dans la prévention des overdoses, la réduction des comportements à risque et l'accès aux soins, elles demeurent illégales selon la loi de 1921²⁵⁵.

§3. *Responsabilité pénale du personnel*

Autrefois, ce même article 3 de la loi de 1921 interdisait la facilitation de l'usage de drogues et prévoyait des sanctions pénales²⁵⁶. Cela impliquait que le personnel et les

²⁵¹ 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, *précitée*, art. 2bis, §1.

²⁵² 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, *précitée*, art. 2bis, §3 et 4.

²⁵³ 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, *précitée*, art. 3, §2, al. 1.

²⁵⁴ Voir annexe n°1, interview de M. TOMMASO.

²⁵⁵ D., SCHORI, et M., WOLLSCHLÄGER, *Monitoring de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil : Rapport 2019*, Berne, Infodrog, 2019, p. 4.

²⁵⁶ 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, *précitée*, art. 3.

responsables des SCMR étaient passibles de poursuites pénales, exposant ainsi à un risque ceux qui y travaillaient. Par conséquent, ces travailleurs étaient toujours informés de ces risques encourus dans l'exercice de leurs fonctions et ce, avant d'être engagés²⁵⁷.

Différentes personnalités du paysage politique belge ont entrepris de trouver une solution et ont proposé des modifications pour la loi de 1921. Il est notamment possible de citer la tentative de Monsieur Demeyer, bourgmestre de la ville de Liège, en 2014, qui n'a malheureusement pas abouti²⁵⁸. Cependant, cette initiative n'a pas été abandonnée puisqu'en 2023, un autre avant-projet de loi a vu le jour²⁵⁹. Celui-ci a été présenté et adopté extrêmement rapidement. Ce projet visait à clarifier le cadre légal des SCMR et à empêcher les poursuites pénales à l'encontre du personnel de ces salles²⁶⁰. Il s'agissait donc de créer une exception à la loi de 1921²⁶¹.

Désormais, toutes ces personnes sont protégées, grâce à la modification datant de 2023²⁶². Dorénavant, l'article 3, §2, de la loi du 24 février 1921 dispose que :

*« Ne sont également pas soumis à l'application de l'alinéa premier, **ceux qui, dans des espaces de consommation à moindre risque reconnus par le pouvoir public ou le pouvoir local compétent, facilitent l'usage à autrui de substances** visées à l'article 2bis, § 1^{er} dans un but de prophylaxie contre les maladies contagieuses ou plus généralement de réduction des risques sanitaires ou sécuritaires liés à cet usage. »*²⁶³.

²⁵⁷ Voir annexe n° 1, interview de M. TOMMASO.

²⁵⁸ M., MORMONT, « Willy Demeyer : une approche pragmatique de la toxicomanie », *Alter Echos*, 20 janvier 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 20 avril 2024).

²⁵⁹ Projet de loi du 10 mars 2023 modifiant 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, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. Ord. 2022-2023, n° 3134/001.

²⁶⁰ Projet de loi du 10 mars 2023 modifiant 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, *précité*.

²⁶¹ Projet de loi du 10 mars 2023 modifiant 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, *précité*.

²⁶² Loi du 21 mars 2023 modifiant 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, *M.B.*, 31 mars 2023, p. 35766.

²⁶³ Loi du 21 mars 2023 modifiant 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, *précitée*, art. 2.

Cette modification prévoit bel et bien une exemption de poursuites pénales pour les professionnels de la santé qui travaillent dans les SCMR²⁶⁴.

§4. Responsabilité civile du personnel

Malgré la révision de l'article 3 de la loi de 1921²⁶⁵, la responsabilité du personnel et des gestionnaires des salles peut toujours être engagée. Selon les articles 1382 et suivants du Code civil, toute personne est tenue de réparer les dommages qu'elle cause par son action, sa négligence ou son imprudence, ainsi que ceux causés par les personnes ou les biens dont elle a la charge²⁶⁶.

L'article 1382 du Code civil, qui établit les conditions de la responsabilité civile (faute, dommage et lien causal), demeure applicable²⁶⁷. Le personnel des salles de consommation reste donc soumis à l'obligation de diligence et de prudence²⁶⁸.

En ce qui concerne les gestionnaires, directeurs et associations sans but lucratif impliqués dans la mise en place de ces salles, ainsi que les autorités locales responsables du projet, ils peuvent également être tenus responsables en vertu de l'article 1384 du Code civil²⁶⁹. Selon cet article, les employeurs sont responsables des dommages causés par leurs employés dans l'exercice de leurs fonctions²⁷⁰. Ainsi, si un employé d'une salle de consommation cause un dommage à un tiers pendant l'exercice de ses fonctions, les responsables de l'établissement pourraient être tenus responsables.

Il convient cependant de noter que la responsabilité civile peut être atténuée si la salle de consommation peut prouver qu'elle a pris toutes les mesures raisonnables pour prévenir le dommage, ou si elle démontre qu'elle n'a pas pu empêcher l'incident malgré ses efforts²⁷¹. Par

²⁶⁴ Projet de loi du 10 mars 2023 modifiant 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, *précitée*.

²⁶⁵ Loi du 21 mars 2023 modifiant 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, *précitée*.

²⁶⁶ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1382 à 1384.

²⁶⁷ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1382.

²⁶⁸ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1382.

²⁶⁹ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1384.

²⁷⁰ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1384.

²⁷¹ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 95.

exemple, si la salle de consommation fournit une formation adéquate à son personnel et met en place des procédures de sécurité appropriées, cela pourrait limiter sa responsabilité en cas d'incident²⁷².

Une dernière forme de responsabilité pourrait être engagée. La responsabilité du fait des choses est régie par l'article 1384, alinéa 1, du Code civil²⁷³. Nous sommes alors dans le cas où le matériel fourni aux usagers est défectueux, une ventilation ne fonctionne pas dans une des salles réservée aux inhalations, une chaise se casse alors qu'un usager est en pleine injection, ...²⁷⁴ Dans de telles situations, la responsabilité de l'association qui administre la salle et assure la surveillance de ses installations est soulevée²⁷⁵.

§5. *Troubles du voisinage*

Une dernière problématique liée aux salles de consommation à moindre risque pourrait être les troubles anormaux du voisinage. Comme exprimé auparavant, il se peut que les riverains éprouvent une certaine crainte de nuisances suite à la mise en place de SCMR dans leur quartier²⁷⁶.

Dans le Code civil belge, c'est l'article 3.101 qui concerne cette matière²⁷⁷. Cet article dispose que personne ne peut causer de troubles excessifs ou anormaux à ses voisins²⁷⁸. Quant à l'article 3.102, il prévoit les risques en matière de sécurité, de santé ou de pollution²⁷⁹. Dans le cas où un propriétaire craindrait pour la sécurité de son bien à cause d'un bien voisin, il pourrait demander en justice des mesures préventives²⁸⁰.

En réalité, bien que les voisins des SCMR puissent exprimer des préoccupations concernant la sécurité, ces craintes sont rarement concrétisées. Cela s'explique par le fait que les riverains sont bien informés et qu'il existe de nombreuses initiatives visant à les sensibiliser aux

²⁷² *Idem*.

²⁷³ C. civ., *M.B.*, 3 septembre 1807, art. 1384, al. 1.

²⁷⁴ M., DEVELAY, « La responsabilité des intervenants : Un éclairage juridique », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, p. 48.

²⁷⁵ *Ibidem*, p. 49.

²⁷⁶ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

²⁷⁷ Loi du 4 février 2020 portant le livre 3 « Les biens » du Code civil, *M.B.*, 17 mars 2020, p. 15753, art. 3.101.

²⁷⁸ Loi du 4 février 2020 portant le livre 3 « Les biens » du Code civil, *M.B.*, 17 mars 2020, p. 15753, art. 3.101, §1.

²⁷⁹ Loi du 4 février 2020 portant le livre 3 « Les biens » du Code civil, *précitée*, art. 3.102.

²⁸⁰ P., ROUSSEAU, « Les troubles de voisinage et le nouveau code civil », *SNPC NEMS*, s.d., disponible sur www.crm.snpc-nems.be (consulté le 13 avril 2024).

effets bénéfiques et non négatifs des salles²⁸¹. En général, les résidents des environs sont rapidement convaincus que ces salles n'attirent pas plus de toxicomanes qu'auparavant et que ces derniers ne posent pas de problème de sécurité dans les alentours. La présence policière dans les environs de la salle est également un élément qui rassure les riverains et renforce leur sentiment de sécurité²⁸².

En conclusion de cette section sur la législation belge ayant un impact sur les salles de consommation, diverses problématiques ressortent. La première concerne la détention de stupéfiants qui est pénalement réprimée. La seconde porte sur les salles de consommation en tant que telles qui sont considérées comme illégales dans la loi belge. La troisième est relative à la responsabilité civile du personnel des salles ainsi que des gestionnaires de celle-ci. La responsabilité pénale du personnel des SCMR n'est, quant à elle, plus un problème car elle ne peut plus être engagée depuis la modification législative de 2023²⁸³. La dernière problématique concerne les troubles du voisinage même si cette théorie n'est, en pratique, jamais mobilisée.

Section 2. Entités fédérées

L'analyse du niveau régional revêt une importance capitale dans ce travail. En effet, ce sont les régions qui assument la responsabilité du financement des salles de consommation à moindre risque²⁸⁴. Cette compétence régionale découle de la 6ème réforme de l'État en 2014, au cours de laquelle diverses compétences ont été transférées du niveau fédéral aux communautés et aux régions, notamment en matière de santé²⁸⁵. Ce transfert de compétences a conféré aux régions le pouvoir de réglementer les politiques liées à la drogue.

La situation est plus complexe qu'au niveau fédéral, car chaque région – Bruxelles-Capitale, la Région wallonne et la Région flamande - dispose de ses propres réglementations spécifiques. Il est clair que la Wallonie et Bruxelles sont les régions les plus progressistes et les plus engagées en faveur des SCMR, par rapport à la Région flamande.

²⁸¹ Voir annexe n°4, interview de L. FAUCHET.

²⁸² Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

²⁸³ Loi du 21 mars 2023 modifiant 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, *précitée*, art. 2.

²⁸⁴ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

²⁸⁵ Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434, art. 5.

§1. Région de Bruxelles-Capitale

À Bruxelles, la diversité linguistique est une réalité importante, ce qui a conduit à la création de trois institutions communautaires distinctes. Il s'agit de la COCOM (Commission Communautaire Commune), de la COCOF (Commission Communautaire Française) et de la VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie). Ces institutions bruxelloises ont été établies au travers d'une loi spéciale du 12 janvier 1989²⁸⁶. Suite à la 6^{ème} réforme de l'État, la situation s'est compliquée davantage pour Bruxelles. Ces trois institutions communautaires ont désormais des compétences en matière de santé, ce qui les rend responsables pour ce qui concerne les SCMR.

La COCOF a acquis la responsabilité en matière de santé suite à un transfert de compétences de la Communauté française vers la Région wallonne (qui sera développée ci-après) et la COCOF. Cela est prévu par l'article 138 de la Constitution belge²⁸⁷, avec un décret du 3 avril 2014 portant assentiment de ce transfert²⁸⁸.

Concernant la COCOM, elle est chargée des matières bipersonnalisables dans la Région de Bruxelles-Capitale et prend en charge les questions de santé sur cette base²⁸⁹. Il s'agit des matières personnalisables qui sont liées aux institutions bilingues et qui ne se rattachent donc à aucune des communautés²⁹⁰.

Quant à la VGC, elle n'est pas compétente en la matière car la Communauté flamande n'a pas établi de transfert en ce sens²⁹¹. C'est donc la Communauté flamande qui gère encore les matières personnalisables la concernant²⁹².

La COCOF a franchi une étape majeure le 9 mai 2019 en établissant un décret autorisant la création de salles de consommation à moindre risque²⁹³. Ce décret représente une avancée législative cruciale, reconnaissant ainsi l'importance de ces installations dans la réduction des

²⁸⁶ Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *M.B.*, 14 janvier 1989, p. 667.

²⁸⁷ Constitution belge, *M.B.*, 17 février 1994, p. 4054, art. 138.

²⁸⁸ Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 25 juin 2014.

²⁸⁹ Constitution belge, *précitée*, art. 135 et Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *précitée*.

²⁹⁰ Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *précitée*, art. 60, al. 4.

²⁹¹ Constitution belge, *précitée*, art. 128, §1.

²⁹² Constitution belge, *précitée*, art. 128, §1.

²⁹³ Décret de la Commission communautaire française (COCOF) du 09 mai 2019 modifiant le décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé afin d'autoriser la création des salles de consommation à moindre risque, *M.B.*, 31 mai 2019.

méfais associés à la consommation de drogues. En régulant la création et le fonctionnement des SCMR, ce décret contribue significativement à la santé publique en réduisant les risques pour les usagers de drogues et en fournissant des services de soutien et d'orientation vers des soins appropriés²⁹⁴.

Parallèlement, la COCOM a adopté une ordonnance le 22 juillet 2021 concernant l'agrément et le subventionnement des services de réduction des risques liés à la consommation de drogues²⁹⁵. Cette ordonnance établit des critères rigoureux d'agrément et de subvention pour ces services, garantissant ainsi des normes de qualité élevées et un soutien financier adéquat²⁹⁶.

Ces deux textes renforcent les efforts de santé publique en matière de réduction des méfaits liés à la consommation de drogues en Belgique, représentant ainsi une avancée significative dans la promotion de la santé publique et la protection des droits des usagers de drogues.

§2. Région wallonne

En Région wallonne, une résolution permettant la création de SCMR a été adoptée le 23 mai 2018²⁹⁷. Celle-ci vise à mettre en place des expériences-pilotes de dispositifs intégrés visant à réduire les risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes²⁹⁸. L'approche intégrée implique la coordination de divers services et interventions, tels que la distribution de matériel stérile d'injection, le dépistage des infections, le soutien psychosocial et la prévention des surdoses²⁹⁹.

²⁹⁴ Décret de la Commission communautaire française (COCOF) du 09 mai 2019 modifiant le décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé afin d'autoriser la création des salles de consommation à moindre risque, *précité*.

²⁹⁵ Ordonnance de la Commission communautaire commune (COCOM) du 22 juillet 2021 relative à l'agrément et au subventionnement des services actifs en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues, *M.B.*, 10 août 2021.

²⁹⁶ Ordonnance de la Commission communautaire commune (COCOM) du 22 juillet 2021 relative à l'agrément et au subventionnement des services actifs en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues, *précitée*.

²⁹⁷ Résolution du Parlement wallon du 23 mai 2018 relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, sess. 2017/2018, n° 1070.

²⁹⁸ Résolution du Parlement wallon du 23 mai 2018 relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, *précitée*.

²⁹⁹ Résolution du Parlement wallon du 23 mai 2018 relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, *précitée*.

La résolution vise à évaluer l'efficacité des dispositifs intégrés en mettant en place des expériences-pilotes³⁰⁰. La Région wallonne cherche à analyser les effets de ces dispositifs sur la réduction des dommages liés à la consommation de drogues, ainsi que leur impact sur la santé publique et la sécurité des communautés locales³⁰¹.

§3. Communauté flamande

En Flandre, différents partis politiques ne sont pas favorables aux SCMR³⁰². La dépénalisation des salles n'y est donc pas possible ou du moins, pas encore mise en place³⁰³. Des partis tels que la N-VA (Nieuw-Vlaamse Alliantie) et le Vlaams Belang considèrent d'ailleurs que les dispositions bruxelloises ont été prises trop rapidement et qu'elles devraient être considérées comme illégales car contraires à la loi fédérale³⁰⁴.

Cependant, comme précisé auparavant, il existe tout de même des projets de réduction des risques en Région flamande³⁰⁵. Ces derniers sont mis en place de manière assez discrètes et nécessitent toujours l'accord des autorités locales³⁰⁶.

Ces différents textes de chaque région soulignent la nécessité d'une collaboration entre les autorités fédérales et régionales pour la mise en place des SCMR en Belgique. Cependant, les responsabilités et compétences sont distinctement définies dans chaque texte, ce qui peut entraîner des défis de coordination et d'harmonisation des normes et procédures entre les différentes entités politiques.

Pour conclure, il ne faut pas oublier que la création d'une SCMR découle toujours d'un accord communal³⁰⁷, ce qui complexifie encore un peu la démarche puisque cela nécessite un accord, une décision supplémentaire.

³⁰⁰ Résolution du Parlement wallon du 23 mai 2018 relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, *précitée*.

³⁰¹ BELGA, « Le Parlement wallon favorable aux salles de consommation à moindre risque », *RTBF*, 24 avril 2018, disponible sur www.rtb.be (consulté le 25 octobre 2023).

³⁰² M., VANDEN BORRE, « N-VA voert protest tegen Brusselse drugsspuitruste », *N-VA*, 25 février 2022, disponible sur www.n-va.be (consulté le 15 mars 2024).

³⁰³ F., EELBODE, « Zorgverstrekkers in spuitruimtes voor druggebruikers vrijgesteld van vervolging », *De Standaard*, 28 février 2023, disponible sur www.standaard.be (consulté le 10 novembre 2024).

³⁰⁴ *Idem*.

³⁰⁵ Lien vers le Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gand : <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent> (consulté le 20 avril 2024).

³⁰⁶ F., EELBODE, *op. cit.* (voy. note n° 303).

³⁰⁷ Voir annexe n°3, interview de L. PRZYLUCKI.

Partie 3. Obstacles juridiques aux SCMR en Belgique et pistes d'améliorations en droit comparé

Lorsque l'on aborde le sujet des SCMR, il est naturel de s'interroger sur les obstacles juridiques à leur création et sur l'adéquation de la législation belge à ce sujet. En effet, le cadre légal belge n'est pas encore pleinement adapté à cette réalité, comme expliqué précédemment. C'est pourquoi il est pertinent d'examiner les pratiques et les législations étrangères pour en tirer des enseignements.

Dans le cadre de ce mémoire, nous focaliserons notre attention sur les aspects pénaux et non civils relatifs aux salles de consommation à moindre risque. La responsabilité civile des parties prenantes dans les SCMR pourrait être intéressante à examiner ultérieurement. Dans ce travail, il est surtout pertinent d'évoquer cette possibilité. L'analyse se concentrera donc sur la détention illégale de stupéfiants, une infraction pénalement répréhensible en Belgique, ainsi que sur l'illégalité des SCMR selon la loi belge.

Il est à noter que nous n'examinerons pas en détail l'intégralité de chacune des législations étrangères abordées. Il sera plutôt question d'éléments spécifiques des diverses lois afin d'étayer l'analyse.

I. Sanctions pénales pour détention de stupéfiants dans la loi belge

Le premier obstacle auquel les SCMR belges se heurtent est la criminalisation de la détention de substances illicites. Les consommateurs se trouvent ainsi dans une situation précaire, car l'article 1 de la loi belge sur les stupéfiants interdit la détention, et par conséquent la consommation, de stupéfiants³⁰⁸. Ces infractions, qualifiées de délits ou de crimes selon leur gravité, sont passibles de poursuites pénales³⁰⁹.

³⁰⁸ 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, *précitée*, art. 1, §2.

³⁰⁹ 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, *précitée*, art. 1, §2.

En Belgique, il existe d'ailleurs une initiative nommée « # STOP 1921 », créée par Fedito BXL, Bruxelles Laïque et Liaison Antiprohibitionniste³¹⁰. Cette campagne tend à, comme son nom l'indique, modifier la loi belge sur les stupéfiants³¹¹. Leur objectif est de décriminaliser la détention de substances illicites dans le cadre d'un usage personnel³¹².

Section 1. Solution 1 : dépénalisation de la détention de stupéfiants en général

Dans cet objectif de décriminalisation, une solution pourrait être de s'inspirer de certains droits étrangers. En effet, les Pays-Bas, ainsi que le Portugal ont émis des politiques bien différentes de la nôtre. Ces deux États ont légalisé certaines drogues dans leurs législations.

§1. Inspiration du Portugal – Loi n°30/2000 du 29 novembre 2000

La première possibilité de changement pourrait s'inspirer de la législation portugaise. Il s'agit d'un des premiers pays dans lesquels la possession ainsi que l'usage de drogues ont été dépénalisés en Europe³¹³.

Mais qu'entend-on par dépénalisation ? « *La dépénalisation consiste à ne plus punir pénalement un acte considéré jusque-là comme un délit. Dans le débat sur les drogues, dépénaliser signifie **renoncer à sanctionner pénalement** la consommation de drogues, mais n'implique pas une légalisation de l'offre.* »³¹⁴.

Entrée en vigueur en 2001, la loi portugaise n° 30/2000 a transféré la problématique de la consommation de drogues du domaine pénal vers celui de la santé³¹⁵. Concrètement, cette réforme a permis de ne plus considérer les toxicomanes comme des criminels, mais plutôt

³¹⁰ Lien vers la campagne « # STOP 1921 », par FEDITO BXL, Bruxelles Laïque et Liaison Antiprohibitionniste : <https://stop1921.be/fr/la-campagne/> (consulté le 13 novembre 2023).

³¹¹ 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, *précitée*.

³¹² Lien vers la campagne « # STOP 1921 », par FEDITO BXL, Bruxelles Laïque et Liaison Antiprohibitionniste : <https://stop1921.be/fr/la-campagne/> (consulté le 13 novembre 2023).

³¹³ *Idem*.

³¹⁴ P., LANDEL, et A. C., ZIELINSKA, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal : Entretien avec le prof. João Goulão », *Mouvements*, 2016, p.152.

³¹⁵ Loi n°30-A/2000 du 20 décembre 2000, *Diário da República*, 20 décembre 2000.

comme des personnes ayant un problème de santé³¹⁶. L'objectif principal de cette réforme était de réduire la surpopulation carcérale et de favoriser la réintégration sociale des personnes dépendantes³¹⁷.

Désormais, les personnes trouvées en possession de drogues ne sont plus poursuivies judiciairement. Elles sont plutôt dirigées vers des commissions de dissuasion dans lesquelles elles peuvent discuter de leur situation avec des professionnels de la santé³¹⁸. Ces lieux se nomment « Commissions pour la Dissuasion des Addictions à la Drogue »³¹⁹ et sont composées d'un travailleur social, d'un professionnel du droit et d'un psychologue³²⁰. Les professionnels présents apportent des solutions sociales, administratives et sanitaires plutôt que répressives³²¹.

Cependant, il est important de souligner que la dépénalisation ne signifie pas une tolérance totale de la consommation de drogues. La consommation de substances illicites reste prohibée³²². La différence réside dans le fait qu'il ne s'agit plus d'un crime pénal mais plutôt d'une sanction administrative ou d'une opportunité d'éducation et de sensibilisation pour l'utilisateur³²³.

De plus, seuls la possession et l'usage de petites quantités de stupéfiants destinés à un usage personnel sont exempts de poursuites pénales³²⁴. La quantité autorisée équivaut à un maximum de dix jours de consommation³²⁵. Au-delà de cette quantité, l'utilisateur est considéré en situation d'infraction administrative³²⁶. Cette distinction permet de différencier la consommation personnelle du trafic de stupéfiants, qui demeure un délit passible de sanctions pénales³²⁷.

³¹⁶ I., OBRADOVIC, et M., DE SAINT-VINCENT, *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*, OFDT, Paris, 2021, p. 1.

³¹⁷ *Ibidem*, p. 7.

³¹⁸ M., NOUGIER, « 20 ans de décriminalisation des drogues au Portugal : quelles leçons en tirer ? », *Drogues, santé prévention*, 2022, n°96-97.

³¹⁹ *Idem*.

³²⁰ P., LANDEL, et A. C., ZIELINSKA, *op. cit.* (voy. note n° 315), p. 162.

³²¹ I., OBRADOVIC, et M., DE SAINT-VINCENT, *op. cit.*, (voy. note n° 317), p. 7.

³²² *Ibidem*, p. 8.

³²³ *Ibidem*, p. 8.

³²⁴ *Ibidem*, p. 7.

³²⁵ I., OBRADOVIC, et M., DE SAINT-VINCENT, *op. cit.*, (voy. note n° 317), p. 7. : « 25 g pour l'herbe de cannabis, 5 g pour la résine de cannabis, 2 g pour la cocaïne, 1 g pour l'héroïne, l'ecstasy/MDMA et les amphétamines ».

³²⁶ *Idem*.

³²⁷ P., LANDEL, et A. C., ZIELINSKA, *op. cit.* (voy. note n° 315), p. 161.

Les résultats de cette politique sont encourageants. Il en découle une baisse significative du nombre de consommateurs d'héroïne, de la criminalité liée à la drogue³²⁸ et des taux de mortalité par overdoses³²⁹. En parallèle, différents services de santé spécialisés ont été créés pour soutenir les personnes consommatrices. Parmi ces derniers, il y a notamment la création de SCMR et de programmes de substitution de méthadone³³⁰. Cette réforme a permis de développer un système de soutien plus efficace ainsi qu'un système de soin plus développé et plus accessible³³¹.

La Belgique pourrait tirer des enseignements de ce modèle et l'adapter à ses propres réalités sociales et historiques³³². Notre État rejoindrait alors une trentaine d'autres pays qui ont mis en place des politiques similaires³³³. Cette dépénalisation a même été reconnue au niveau international, par l'ONU via l'OICS³³⁴.

Ce système en place au Portugal depuis 2001 est sans doute le plus connu parmi les pays européens. Pourtant, ce n'est pas le seul à avoir agi dans cette direction. Les Pays-Bas ont, eux aussi mis en place une loi assez innovante.

§2. *Inspiration des Pays-Bas – OpiumWet du 12 mai 1928*

Aux Pays-Bas, la loi nommée « OpiumWet »³³⁵, a introduit une approche de tolérance du cannabis, permettant son usage et parfois même sa vente³³⁶. Bien que le cannabis ne soit pas une substance d'intérêt pour les salles de consommation belges, ce qui nous intéresse ici est le contexte et le fait qu'une substance auparavant illicite ait été autorisée.

³²⁸ K., MAYDA, « Portugal gooide drugsbeleid radicaal om: Iedereen dacht dat het een flop zou worden », *De Standaard*, 26 novembre 2023, disponible sur www.standaard.be (consulté le 10 novembre 2024).

³²⁹ P., LANDEL, et A. C., ZIELINSKA, *op. cit.* (voy. note n° 315), p. 157.

³³⁰ K., MAYDA, *op. cit.*, (voy. note n° 329).

³³¹ *Idem.*

³³² P., LANDEL, et A. C., ZIELINSKA, *op. cit.* (voy. note n° 315), p. 158.

³³³ I., OBRADOVIC, et M., DE SAINT-VINCENT, *op. cit.*, (voy. note n° 317), p. 2.

³³⁴ *Idem.*

³³⁵ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*.

³³⁶ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*.

Cette loi néerlandaise encadre le trafic, la possession et la culture de différents types de drogues³³⁷. Elle classe les substances en deux catégories, qui sont développées en annexes de la loi. La première contient les drogues dites « dures » telles que l'héroïne, la cocaïne ou les amphétamines³³⁸. Dans la seconde, on retrouve les drogues dites « douces » comme le cannabis, les somnifères ou les champignons hallucinogènes³³⁹.

Depuis 2003, puisque le cannabis est considéré comme une drogue douce, il a été considéré qu'il est toléré d'en consommer à « usage récréatif »³⁴⁰. Par « usage récréatif », on entend la culture de 5 plants maximum pour un usage personnel³⁴¹. Il convient de noter que la consommation déduite d'une prescription médicale est également autorisée³⁴².

La production et la vente de cannabis restent illicites. Cependant, la vente à des fins récréatives est, elle aussi, admise dans des établissements appelés « coffee shops »³⁴³. Ces lieux se doivent de respecter certains critères au niveau des quantités, de la publicité, du profil des acheteurs ou des nuisances³⁴⁴. S'agissant du profil des acheteurs, il faut que ces personnes soient majeures et soient citoyens des Pays-Bas³⁴⁵.

Il est crucial de noter que cette tolérance ne constitue pas une légalisation. Les infractions à la législation sur les drogues peuvent encore entraîner des peines de prison sévères, allant jusqu'à 12 ans, selon la nature et la quantité des drogues impliquées³⁴⁶. Il existe aussi des possibilités de limiter la consommation de cannabis, voire de l'interdire dans certains cas. Il est prévu que les autorités locales aient la possibilité d'interdire l'usage de ces substances dans certains endroits tels que les écoles ou les transports en commun³⁴⁷.

³³⁷ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*.

³³⁸ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*, annexe I.

³³⁹ Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*, annexe II.

³⁴⁰ E., GIELEN, et R., DE VREY, « Cannabis law and legislation in the Netherlands », *CMS law-tax-future*, s.d., disponible sur www.cms.law (consulté le 23 octobre 2023).

³⁴¹ *Idem*.

³⁴² Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), *précitée*, art. 5, §2.

³⁴³ E., GIELEN, et R., DE VREY, *op. cit.* (voy. note n° 340).

³⁴⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Netherlands Country Drug Report 2019 », *EMCDDA*, Lisbonne, 2019, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 16 avril 2024), p. 2

³⁴⁵ *Idem*.

³⁴⁶ *Ibidem*, p. 5.

³⁴⁷ E., GOMART, et H., MARTINEAU, *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas : Rapport de synthèse*, Paris, OFDT, 2000, p. 86.

De plus, les autorités néerlandaises s'efforcent de réguler la qualité et la sécurité du cannabis³⁴⁸. Il y a également un contrôle rigoureux exercé par l'Office néerlandais du cannabis médicinal qui est responsable de donner des autorisations en matière de culture et de vente³⁴⁹. Les Pays-Bas évaluent donc régulièrement leurs politiques et surveillent leur fonctionnement au niveau de leur mise en œuvre³⁵⁰.

Pour finir, il est essentiel de souligner que la tolérance du cannabis ne signifie pas non plus promotion de ce dernier. Il ne faut pas perdre de vue les impacts négatifs en termes de santé que cette drogue peut engendrer³⁵¹. Même si diverses études ont démontré des résultats positifs en termes de diminution des nuisances et d'amélioration de la santé publique, il demeure indéniable que le cannabis, tout comme d'autres substances, présentent un véritable danger pour la vie des usagers³⁵². C'est pourquoi les autorités néerlandaises ont lancé des campagnes de sensibilisation visant à informer sur les risques liés à la dépendance³⁵³.

Section 2. Solution 2 : dépénalisation de la détention de stupéfiants dans le cadre des SCMR

Il existe une autre alternative pour résoudre le problème des sanctions pénales liées à la détention de stupéfiants. La solution pourrait être d'instaurer une exemption légale permettant la détention exclusivement dans le cadre des salles de consommation à moindre risque.

En Belgique, l'exemption légale n'est pas prévue mais une approche semblable est déjà partiellement mise en œuvre grâce à la collaboration avec les forces de l'ordre. Aux abords des SCMR, la présence policière est observée mais avec moins de contrôles, se concentrant principalement sur la prévention du trafic et de la violence³⁵⁴. Lorsque les policiers interviennent,

³⁴⁸ E., GIELEN, et R., DE VREY, *op. cit.* (voy. note n° 340).

³⁴⁹ *Idem.*

³⁵⁰ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), "Netherlands Country Drug Report 2019", *op. cit.* (voy. note n° 344), p. 2.

³⁵¹ ELENA, « Histoire du cannabis : les Pays-Bas et la législation », *Sirius*, 15 septembre 2020, disponible sur www.sirius.nl. (consulté le 21 février 2024).

³⁵² C., CHARVET, A., DE GEE, D., VAN DER GOUWE, A., VAN DER POEL, et S., WOODS, *op. cit.* (voy. note n°30), p.12.

³⁵³ F. VAN DEN HOUT, "De duivelse dilemma's, handhaving en boetes », *Pharmaceutisch weekblad*, 07 mai 2021, disponible sur www.pw.nl (consulté le 24 février 2024).

³⁵⁴ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

ils cherchent généralement à rediriger les toxicomanes vers les salles de consommation plutôt que de les poursuivre pénalement³⁵⁵.

À titre d'inspirations, il est possible de citer la loi sur les stupéfiants en Allemagne³⁵⁶, la législation sur les stupéfiants canadienne³⁵⁷ ou encore la loi du 27 avril 2001 au Luxembourg³⁵⁸. L'Irlande et la France ont également mis en place des systèmes similaires³⁵⁹. Ces différents États ont adopté des mesures d'exemption de la détention de stupéfiants dans le cadre des SCMR, chacun avec ses propres spécificités.

§1. Allemagne – Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981

Pour commencer, concentrons-nous sur l'Allemagne. Au travers d'une loi sur le trafic de stupéfiants, entrée en vigueur en janvier 1982³⁶⁰, ce pays a créé une exemption à l'infraction de détention de drogues.

Cette règle se situe dans l'article 10a de la loi³⁶¹. Cet article dispose que la détention de drogues, dans le cadre de la fréquentation d'une SCMR, pour usage personnel et en assez petite quantité, est exemptée de sanctions pénales³⁶².

Le paragraphe 2, point 3), de cet article 10a prévoit un(e) : « *Conseil et assistance médicale en vue de réduire les risques liés à la **consommation de stupéfiants apportés par les toxicomanes*** » (traduction libre)³⁶³. En d'autres termes, les toxicomanes peuvent apporter leurs propres stupéfiants en toute légalité dans les salles de consommation à moindre risque.

³⁵⁵ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

³⁵⁶ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, disponible sur www.bundesgesundheitsministerium.de.

³⁵⁷ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch. 19, disponible sur www.laws-lois.justice.gc.ca.

³⁵⁸ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, Mémorial A n° 61 de 2001, disponible sur www.legilux.public.lu.

³⁵⁹ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, n° 7, disponible sur www.irishstatutebook.ie et loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *J.O.R.F.*, 27 janvier 2016.

³⁶⁰ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*.

³⁶¹ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n°61), p. 18.

³⁶² Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a, §2, 5).

³⁶³ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a, §2, 3) : “*Medical counselling and assistance for the purpose of reducing the risks involved in the use of the narcotic drugs brought by drug-addicted persons*”

De plus, le point 5) du même article prévoit que d'autres infractions pénales puissent être sanctionnées dans le cadre des SCMR, mais pas la simple possession de substances illicites³⁶⁴. Il s'agit donc bien d'une exemption de la détention de stupéfiants dans le cadre des SCMR.

Naturellement, cette loi a établi des limites à cette réglementation. Toujours dans l'article 10a, certains critères de sécurité sont mis en place afin d'éviter le trafic de stupéfiants et d'assurer le bon fonctionnement de ces salles³⁶⁵. Ces critères comprennent par exemple le contrôle du type de drogue apporté dans la SCMR, le type de profil des utilisateurs (notamment leur âge), la présence constante du personnel ou encore une coopération efficace avec les autorités locales³⁶⁶.

En Allemagne, il existe donc également une forme de dépénalisation de la détention de stupéfiants. Cependant, elle est ici créée dans l'unique but de les consommer dans les SCMR³⁶⁷. Ce n'est pas une forme de détention exempte entièrement. C'est le point de divergence entre cette section et la section précédente.

§2. Canada – Loi réglementant certaines drogues et autres substances du 19 mai 1997

Au Canada, un système similaire est prévu par la loi fédérale canadienne sur le contrôle des drogues, la Loi Réglementant Certaines Drogues et Autres Substances (LRCDas)³⁶⁸. Cette loi établit que de nombreux actes de consommation, production ou distribution de substances illicites sont considérés comme étant illégaux³⁶⁹. Cependant, il se peut que le ministre fédéral de la Santé envisage une exemption pour l'une ou l'autre de ces activités³⁷⁰.

L'article 56.1, §1, de ce texte législatif prévoit une autorisation spécifique pour le ministre de « *permettre l'exercice de certaines activités dans un site de consommation supervisée* »³⁷¹, s'il existe des raisons médicales justifiant son choix³⁷². Il peut exempter les

³⁶⁴ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a, §2, 5).

³⁶⁵ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a.

³⁶⁶ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a, §2, 6) et 7).

³⁶⁷ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a, §2.

³⁶⁸ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*.

³⁶⁹ X., « Exemptions aux dispositions de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances », *Gouvernement du Canada*, 20 août 2015, disponible sur www.canada.ca (consulté le 05 février 2024).

³⁷⁰ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n°61), p. 18.

³⁷¹ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §1.

³⁷² Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §1.

substances de son choix³⁷³ ainsi que « *toute personne ou catégorie de personnes* »³⁷⁴. Cette exemption de la détention de certains stupéfiants est donc limitée au cadre des salles de consommation, dans le but de restreindre le trafic de drogues et la détention illégale.

Cette loi est bien encadrée puisque, pour son application, elle reste soumise au contrôle du ministre de la Santé³⁷⁵. Celui-ci peut éclairer son choix en fonction des circonstances spécifiques et des besoins en matière de santé publique³⁷⁶.

De plus, le ministre a le pouvoir d'imposer des conditions spécifiques à l'exemption, jugées nécessaires pour garantir la sécurité et l'efficacité de l'activité autorisée³⁷⁷. Ces conditions peuvent inclure des mesures de sécurité renforcées, des exigences de formation du personnel ou des protocoles de supervision détaillés³⁷⁸.

§3. *Luxembourg – Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie du 21 juillet 2023*

Un autre exemple au sujet de la détention de stupéfiants dans le cadre d'une SCMR est le Luxembourg. Ce petit pays a une législation spécifique à ce sujet. Une loi du 21 juillet 2023 est entrée en vigueur et a modifié la loi du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie³⁷⁹. C'est ainsi que l'article 7 a été modifié et contient désormais une amende pour la consommation de stupéfiants en dehors des salles de consommation³⁸⁰. En effet, son paragraphe 1^{er} prévoit que :

« Seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 euros à 2.500 euros, ou de l'une de ces peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés par le ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs

³⁷³ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §1, b).

³⁷⁴ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §1, a).

³⁷⁵ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §1.

³⁷⁶ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 56.1, §4.

³⁷⁷ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 55, §1.2.

³⁷⁸ Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, *précitée*, art. 55, §1.

³⁷⁹ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*.

³⁸⁰ J.-B., ANDRIES, H., LECOK, F., POTTIEZ, et AL., *op. cit.*, (voy. note n°61), p. 18.

stupéfiants ou d'une ou de plusieurs substances toxiques, soporifiques ou psychotropes déterminées par règlement grand-ducal »³⁸¹.

A nouveau, nous voyons qu'au Luxembourg, il est de la responsabilité du ministre de la Santé de contrôler la mise en place ainsi que le fonctionnement des SCMR³⁸². C'est uniquement suite à son accord qu'une salle peut être mise en place et que l'immunité pour la consommation de stupéfiants est effective³⁸³.

§4. Irlande - Misuses of Drugs Act Supervised Injection Facilities du 16 mai 2017

En Irlande, une forme d'exemption a également été développée dans la loi du 16 mai 2017 à propos des centres d'injections supervisés³⁸⁴. Il est important de préciser que, dans ce pays et dans cette loi, il est question de salles d'injection et non de consommation. Comme le précise le nom de ce dispositif, il est uniquement réservé aux substances destinées à être injectées³⁸⁵. Cependant, la législation reste pertinente pour ce travail car, dans les salles de consommation, les substances sont inhalées ou injectées et, dans tous les cas, elles restent considérées comme illégales.

Maintenant que cette clarification est établie, intéressons-nous à l'article 7, paragraphe 2, de la loi sur les centres d'injections supervisés³⁸⁶. Ce dernier dispose de deux éléments distincts.

Tout d'abord, il est possible pour les gestionnaires de la salle de délivrer une autorisation à certaines personnes de fréquenter l'établissement³⁸⁷. Toutefois, cette autorisation ne peut être accordée qu'aux individus non formellement interdits de fréquenter ce type d'endroit, comme spécifié dans la loi³⁸⁸.

³⁸¹ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 7, §1.

³⁸² Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 7, §1.

³⁸³ A., ORIGER, *Concept de fonctionnement de salles de consommation pour toxicomanes*, Luxembourg, ministère de la Santé, 2005, p. 22.

³⁸⁴ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 3.

³⁸⁵ A., ORIGER, *op. cit.* (voy. note n° 383), p. 20.

³⁸⁶ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 7, §2.

³⁸⁷ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 7, §1.

³⁸⁸ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 7, §1.

Ensuite, une fois qu'un consommateur est considéré comme étant autorisé à fréquenter cette salle, il est alors autorisé à y consommer ses propres substances psychoactives³⁸⁹. Autrement dit, les usagers sont légalement autorisés à utiliser les services qui leur sont offerts dans une salle d'injection.

Tout comme dans les précédentes législations, le ministre de la Santé irlandais joue un rôle crucial. Selon l'article 12, paragraphe 1er, point f), il a le pouvoir de définir qui peut être considéré comme « usagers autorisés »³⁹⁰. Il peut réglementer cette question en établissant des critères ou des conditions d'accessibilité à la salle, tels que l'âge minimum de fréquentation par exemple³⁹¹. Cette flexibilité permet de répondre aux besoins évolutifs de la société, tout en assurant l'efficacité de la législation.

Un contrôle supplémentaire est prévu par la loi. Il est prévu par l'article 11, que la police puisse entrer à tout moment dans la salle d'injection³⁹². Les forces de l'ordre peuvent alors procéder à une inspection³⁹³. Cela est prévu dans un but de prévention des infractions liées à la drogue et ne concerne pas les usagers autorisés³⁹⁴.

§5. France – Loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016

Pour dernier exemple de l'autorisation des usagers des SCMR à consommer des stupéfiants, le système français est intéressant³⁹⁵. La loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de leur système de santé est utile à analyser dans le cadre de ce travail³⁹⁶. Cette loi a permis de lier la réduction des risques à la lutte contre la toxicomanie, alors qu'auparavant, ce concept n'était associé qu'à la prévention du VIH³⁹⁷.

³⁸⁹ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 7, §2.

³⁹⁰ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 12, §1, f).

³⁹¹ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 12, §1, b).

³⁹² Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 11.

³⁹³ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 11.

³⁹⁴ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 79.

³⁹⁵ P., LE MONNIER DE GOUVILLE, « Responsabilité(s) et responsabilisation des usagers : un éclairage juridique », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, p. 81.

³⁹⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*.

³⁹⁷ Y., BISIOU, « En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n'est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ? : La loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé », *Alcoologie et Addictologie*, 2018, p. 76.

L'article 43, paragraphe 2, alinéa 1^{er}, de cette loi permet aux usagers de « *détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place* »³⁹⁸. L'alinéa 2 prévoit quant à lui que ces usagers, lors de leur fréquentation de la salle, ne font l'objet d'aucune poursuite pour « *usage illicite et détention illicite de stupéfiants* »³⁹⁹.

Concernant les limites à la détention de stupéfiants, plusieurs éléments sont mis en œuvre en termes de contrôle. Il est prévu que cette consommation soit effectuée « *dans le respect du cahier des charges* »⁴⁰⁰ et sous la supervision et le contrôle d'une équipe médico-sociale⁴⁰¹. Il est aussi nécessaire que la détention de stupéfiants soit prévue pour un usage personnel et que les usagers soient des personnes majeures⁴⁰².

Section 3. Analyse

En résumé, de nombreux pays ont instauré une dépénalisation de la drogue, soit intégralement, soit partiellement dans l'unique cadre de la fréquentation des salles de consommation à moindre risque. Ce phénomène est mondial, observé tant en Europe que hors Europe, comme en témoigne la législation canadienne.

Dans l'ensemble, les résultats de ces différentes politiques ont démontré des effets plutôt positifs. On constate que le nombre d'overdoses, et donc de mortalité, a diminué, que la sécurité n'est pas, voire moins affectée qu'auparavant⁴⁰³. Il y a également une diminution des nuisances pour les habitants aux alentours des SCMR⁴⁰⁴.

Il est toutefois essentiel de souligner que la légalisation ne fait pas tout. Il faut bien évidemment encadrer ce concept. Plusieurs mesures sont prévues dans les législations étrangères. Il faut notamment que la détention de drogues soit prévue à usage personnel (Portugal, Pays-Bas, France). Une autre forme de contrôle prévoit que le ministre de la Santé ou une autorité compétente encadre et contrôle cette légalisation ou encore la mise en place de règles

³⁹⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 1.

³⁹⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 2.

⁴⁰⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 1.

⁴⁰¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 1.

⁴⁰² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 1.

⁴⁰³ W., DE JONG, et U., et WEBER, "The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland", *International Journal of Drug Policy*, 1999, p. 104.

⁴⁰⁴ *Idem*.

de fréquentation des salles, comme l'âge minimum (Canada, Luxembourg, Irlande). Il est aussi important que les consommateurs soient encadrés par du personnel compétent et pluridisciplinaire (Allemagne, Canada, France).

II. SCMR illégales selon la loi belge

Le second obstacle auquel les SCMR belges sont confrontées est la situation illégale et donc précaire dans laquelle se trouvent ces établissements. Pour rappel, l'article 3, paragraphe 2, de la loi belge sur les stupéfiants interdit expressément la mise en place de locaux comme les salles de consommation⁴⁰⁵. Par conséquent, les SCMR présentes en Belgique opèrent en violation de la loi pénale.

À l'étranger, différents systèmes législatifs ont légalisé les salles de consommation sur leur territoire. Il y a notamment l'Irlande, le Canada, la France ou encore les Pays-Bas et le Luxembourg. Chaque pays a adopté sa propre approche en la matière.

Section 1. Solution 1 : SCMR autorisées en tant que telles dans la législation

Une première solution à cette problématique pourrait être de suivre l'exemple de certains pays qui ont inclus la création de SCMR dans leur législation.

§1. Irlande – Misuses of Drugs Act Supervised Injection Facilities du 16 mai 2017

En Irlande, la légalisation des salles d'injection s'est opérée au travers de la loi du 16 mai 2017 spécifiquement dédiée aux centres d'injection supervisés, déjà mentionnée précédemment⁴⁰⁶. Cette législation, par son libellé, reconnaît et autorise explicitement ce genre de salles dans le pays.

⁴⁰⁵ 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, *précitée*, art. 3, §2.

⁴⁰⁶ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*.

Plus spécifiquement, l'article 2, paragraphe 1, de cette loi prévoit la possibilité de solliciter l'autorisation du ministre de la Santé pour la création d'une salle d'injection⁴⁰⁷. Cette disposition implique que ces structures sont effectivement reconnues par la loi irlandaise puisqu'il existe légalement la possibilité d'en créer. Bien que leur établissement nécessite l'approbation ministérielle, ces salles sont considérées comme des dispositifs légaux⁴⁰⁸.

Il est donc possible de déduire de cette législation que, en réglementant et en proposant une autorisation pour la mise en place de ces salles, la loi irlandaise reconnaît leur existence et leur légitimité⁴⁰⁹.

§2. Suisse – Loi fédérale sur les stupéfiants et psychotropes du 3 octobre 1951

La Suisse constitue une source d'inspiration notable en ce qui concerne les SCMR. Non seulement, elle se distingue par sa pratique pionnière, étant le premier pays à avoir établi une SCMR, mais également par sa législation progressiste en la matière.

Tout d'abord, il est important de souligner que, dans sa loi fédérale sur les stupéfiants, la Suisse intègre la notion de réduction des risques⁴¹⁰. En effet, leur législation repose sur un modèle dit « *des quatre piliers* »⁴¹¹, comprenant « *prévention ; thérapie et réinsertion ; réduction des risques et aide à la survie ; contrôle et répression* »⁴¹².

Puisque la réduction des risques est prévue par la loi Suisse, les SCMR le sont également par déduction. En effet, parmi les stratégies de réduction des risques reconnues par la loi sur les stupéfiants, on retrouve les structures à bas seuil telles que les salles de consommation⁴¹³.

Dans la section 3 de la loi, consacrée à la réduction des risques et à l'aide à la survie, il est prévu que ce sont les cantons, des divisions administratives du pays, qui détiennent la

⁴⁰⁷ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 2, §1.

⁴⁰⁸ Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, *précitée*, art. 2, §1.

⁴⁰⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 3.

⁴¹⁰ Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), RO 1952 241, disponible sur www.fedlex.admin.ch.

⁴¹¹ Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), *précitée*, art. 1a, §1.

⁴¹² Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), *précitée*, art. 1a, §1, a), b), c) et d).

⁴¹³ C., BOVARD, (Centrale nationale de coordination des addictions), *Lignes directrices pour les centres d'accueil bas seuil : 3^{ème} version révisée*, Berne, Infodrog, 2022.

compétence en la matière⁴¹⁴. Plus précisément, l'article 3g développe les devoirs dédiés à ces différentes entités⁴¹⁵. Parmi ceux-ci, nous pouvons lire qu' « *ils créent les institutions nécessaires à cet effet ou soutiennent des institutions privées répondant aux critères de qualité requis* »⁴¹⁶.

Depuis 2011, des normes nationales ont été développées concernant le fonctionnement et les règles pour toutes les salles de consommation suisse⁴¹⁷. La Centrale nationale de coordination des addictions a déjà mis à jour trois fois les lignes directrices pour les structures à bas seuil, la dernière datant de 2022⁴¹⁸. Cela démontre l'engagement continu du pays envers la reconnaissance et le soutien des SCMR⁴¹⁹.

§3. Luxembourg – Loi concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie du 27 avril 2001

Au Luxembourg, la loi du 27 avril 2001 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie reconnaît les salles de consommation. Sous l'appellation SCT, pour Salle de Consommation pour Toxicomanes, ces établissements sont légalement établis⁴²⁰.

En reconnaissant la détention de stupéfiants dans le cadre des SCT, l'article 7, paragraphe A.1, reconnaît ainsi l'existence des salles et permet l'usage de stupéfiants dans celles-ci⁴²¹. Pour rappel, cet article prévoit que la consommation de drogues illicites dans un local agréé par le ministre de la Santé est impunie⁴²².

⁴¹⁴ Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), *précitée*, art. 3g.

⁴¹⁵ M., EISNER, « Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne », *Déviance et société*, 1999, p. 195.

⁴¹⁶ Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), *précitée*, art. 3g.

⁴¹⁷ M., NOUGIER et E., SCHATZ, *op. cit.* (voy. note n° 36), p. 21.

⁴¹⁸ C., BOVARD, (Centrale nationale de coordination des addictions), *op. cit.* (voy. note n°413).

⁴¹⁹ *Ibidem*, p. 7.

⁴²⁰ A., ORIGER, *op. cit.* (voy. note n° 383), p. 20.

⁴²¹ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 7, §A. 1.

⁴²² Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 7, §A. 1.

Cette même loi permet aussi la facilitation à l'usage dans le cadre des SCMR. Donc, en plus de protéger le personnel des salles de poursuites pénales, cet article 8, paragraphe 1, point d), reconnaît aussi l'existence et la possibilité de mise en place des SCT⁴²³.

Au niveau du contrôle de cette loi, le ministre de la Santé joue à nouveau un rôle important. C'est à lui d'autoriser ou non la mise en place d'une salle⁴²⁴. De plus, le fonctionnement des SCT peut être prévu dans un agrément accordé par cette même personne⁴²⁵.

Par ailleurs, pour que la création d'une salle de consommation soit possible, le personnel se doit de respecter diverses obligations. Ces exigences incluent : l'interdiction formelle de posséder des drogues, le contrôle de la quantité de stupéfiants possédée par les usagers, la collaboration avec les forces de l'ordre, la prévention du trafic de drogues au sein de l'établissement ou encore l'assurance du respect du règlement d'ordre intérieur de la salle⁴²⁶. Si ces obligations sont scrupuleusement respectées, cela favorise la mise en place légale et fonctionnelle d'une SCT.

§4. Allemagne – Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981

Dans la loi allemande sur les stupéfiants, l'article 10a reconnaît expressément la possibilité de créer des salles de consommation à moindre risque⁴²⁷. Ce dispositif prévoit la possibilité pour toute personne de demander une licence d'exploitation d'une SCMR au gouvernement⁴²⁸. Le paragraphe 1^{er} de cet article 10a dispose que :

« Toute personne souhaitant exploiter un établissement dans lequel les personnes toxicomanes se voient offrir la possibilité d'utiliser des drogues narcotiques qu'elles apportent avec elles et qui n'ont pas été prescrites médicalement (salle de consommation de drogues) doit obtenir une licence de l'autorité compétente la plus élevée du Land. Une licence

⁴²³ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 8, §1, d).

⁴²⁴ Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, *précitée*, art. 7, §A. 1 et article 8, §1, d).

⁴²⁵ A., ORIGER, *op. cit.* (voy. note n° 383), p. 22.

⁴²⁶ *Ibidem*, p. 23.

⁴²⁷ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a.

⁴²⁸ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, *précitée*, art. 10a.

ne peut être délivrée que si le gouvernement du Land a établi les conditions préalables à sa délivrance dans un règlement conformément au paragraphe 2. » (traduction libre)⁴²⁹.

Avant toute chose, il est intéressant de savoir ce qu'est un « Land ». Il y en a seize dans le pays⁴³⁰. Il s'agit d'États fédérés résultant d'une division administrative du pays⁴³¹. Chaque Land possède une certaine autonomie législative, même si le gouvernement fédéral en conserve toujours⁴³².

Toutefois, même si ces salles sont légalement reconnues dans la loi fédérale du pays, il existe toujours une forme de contrôle de celles-ci. Le Land doit explicitement autoriser leur mise en place⁴³³. Il faut aussi que le gouvernement de ce Land ait établi les conditions préalables à la délivrance de l'autorisation⁴³⁴. Toutefois, il est évident que cette reconnaissance légale des salles de consommation offre un cadre clair pour la création et le fonctionnement des SCMR.

Section 2. Solution 2 : SCMR prévues en tant que projets expérimentaux

§1. France – Loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016

En France, la loi du 26 janvier 2016⁴³⁵ a établi un cadre spécifique pour l'autorisation des SCMR sur le territoire. Cette loi prévoit que les salles de consommation soient mises en place à titre expérimental. L'article 43, paragraphe 1^{er}, de la loi de modernisation du système de santé dispose explicitement que :

« A titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des

⁴²⁹ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, précitée, art. 10a, §1 : “A licence of the competent highest Land authority shall be required by any person who wishes to operate a facility in the premises of which drug-addicted persons are afforded or granted an opportunity to use narcotic drugs that they bring with them and that have not been medically prescribed (drug consumption room). A licence may only be issued if the Land government has laid down the prerequisites for such issue in an ordinance according to subsection 2.”.

⁴³⁰ X., « Länder – États fédérés allemands », *deutschland.de*, 16 avril 2024, disponible sur www.deutschland.de (consulté le 04 mars 2024).

⁴³¹ *Idem*.

⁴³² X., « Land (Allemagne) », *Wikipédia : L'encyclopédie libre*, 21 mars 2024n disponible sur www.wikipedia.org (consulté le 04 mars 2024).

⁴³³ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, précitée, art. 10a, §1.

⁴³⁴ Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, précitée, art. 10a, §1.

⁴³⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, précitée.

*risques et des dommages pour usagers de drogue (...) ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, **une salle de consommation à moindre risque**, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé. »⁴³⁶.*

Il est déduit de cet article que les salles de consommation à moindre risque sont prévues dans le cadre d'un projet expérimental d'une durée six ans⁴³⁷. Le fait que ce soit un projet scientifique implique différents éléments.

Le paragraphe 3 de l'article 43 précise que chaque année, un rapport doit être établi par les gestionnaires des SCMR⁴³⁸. Il s'agit d'une sorte de compte-rendu du fonctionnement de l'expérience⁴³⁹. Il est destiné au maire de la commune où se situe la salle, à l'agence de santé de la région dans laquelle elle se situe ainsi qu'au ministre français de la Santé⁴⁴⁰.

L'objectif de cette expérimentation est de mesurer et d'analyser certaines données. Les éléments principalement concernés sont l'impact des SCMR sur la santé publique ainsi que la diminution ou non des nuisances dans les alentours de la structure⁴⁴¹.

Par ailleurs, la possibilité de mise en œuvre de ces salles est limitée par diverses conditions. Il est nécessaire que la salle de consommation soit créée au travers du respect d'un cahier des charges établi par le ministre français de la Santé⁴⁴². Ce cahier des charges a été approuvé par un arrêté du 26 janvier 2022⁴⁴³. Il organise le fonctionnement et l'organisation des SCMR⁴⁴⁴.

De plus, d'autres conditions sont prévues par la loi, tels que l'âge des consommateurs qui doit être supérieur à 18 ans, l'autorisation pour les usagers de détenir de la drogue à usage personnel dans l'unique cadre de ces SCMR ou encore la mise en place d'une équipe

⁴³⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §1.

⁴³⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §1.

⁴³⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §3.

⁴³⁹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §3.

⁴⁴⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §3.

⁴⁴¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §4.

⁴⁴² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §1.

⁴⁴³ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" », *J.O.R.F.*, 23 février 2022.

⁴⁴⁴ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" », *précité*.

pluridisciplinaire encadrant la salle⁴⁴⁵. Il y a aussi une protection prévue pour le personnel qui ne verra pas sa responsabilité engagée⁴⁴⁶.

Conformément à cette législation, il existe donc des projets dits « expérimentaux »⁴⁴⁷ ayant été autorisés dans certaines villes françaises. Des exemples notables sont « Gaïa »⁴⁴⁸ à Paris et « Argos »⁴⁴⁹ à Strasbourg, qui ont d'ailleurs été reconnus par l'arrêté du 26 janvier 2022⁴⁵⁰. Selon ce texte, ces deux salles sont prévues jusqu'au 31 décembre 2025⁴⁵¹.

Dans l'arrêté approuvant le cahier des charges, on trouve les résultats de 2021 à propos des expériences menées dans ces 2 salles. Les effets bénéfiques de ces SCMR ont été démontrés à différents niveaux : la santé des consommateurs, la rentabilité ainsi que l'absence de perturbation de l'ordre public⁴⁵².

Section 3. Analyse

La reconnaissance légale des salles de consommation à moindre risque, ou de salles ayant un concept similaire, varie d'un pays à l'autre. Certains pays, comme l'Irlande, la Suisse, le Luxembourg et l'Allemagne, ont inclus les SCMR dans leur législation nationale, offrant ainsi un cadre clair pour leur création et leur fonctionnement. Ces pays reconnaissent explicitement les SCMR et établissent des procédures pour leur autorisation, ce qui confère une légitimité juridique à ces établissements.

D'autre part, certains pays comme la France optent pour une approche expérimentale avec une durée limitée, comme en témoigne la loi de 2016 qui prévoit une expérimentation des SCMR sur une période de six ans. Dans ce cadre, des projets pilotes sont autorisés dans certaines villes françaises, avec des rapports annuels pour évaluer leur impact.

⁴⁴⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2.

⁴⁴⁶ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *précitée*, art. 43, §2, al. 3.

⁴⁴⁷ Lien vers la salle « Argos », Strasbourg : <https://ithaque-asso.fr/argos.html> (consulté le 14 février 2024).

⁴⁴⁸ Lien vers la salle « Gaïa », Paris : <https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque/> (consulté le 13 février 2024).

⁴⁴⁹ Lien vers la salle « Argos », Strasbourg : <https://ithaque-asso.fr/argos.html> (consulté le 14 février 2024).

⁴⁵⁰ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” », *précité*.

⁴⁵¹ Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” », *précité*, art. 2 et 3.

⁴⁵² Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” », *précité*, annexe 1.

La reconnaissance légale des SCMR varie selon les pays, mais elle offre un cadre essentiel pour leur fonctionnement. Les pays qui ont intégré les SCMR dans leur législation montrent une volonté d'adresser les problématiques liées à la consommation de drogues, en favorisant la réduction des risques. La Belgique pourrait s'inspirer de ces exemples pour éventuellement envisager une approche similaire.

Cependant, il ne faut pas oublier que la modification de la loi belge pourrait s'avérer très complexe, notamment en raison de la répartition des compétences détenues entre les différents acteurs belges. La législation belge est caractérisée par une fragmentation importante, avec des responsabilités partagées entre les autorités fédérales et les autorités fédérées, ce qui implique souvent des processus de négociation longs et laborieux entre divers groupes d'intervenants et autorités⁴⁵³.

Cette fragmentation législative rend difficile l'obtention d'un consensus politique pour modifier la loi de 1921, qui interdit la mise à disposition de salles facilitant l'usage de drogues illicites⁴⁵⁴. Malgré les plaidoyers de plusieurs associations professionnelles, décideurs locaux et organisations scientifiques en faveur de la modification de cette loi et de l'implémentation des SCMR, aucun consensus politique n'a été atteint jusqu'à présent⁴⁵⁵.

⁴⁵³ Voir annexe n°2, interview avec P. PIRONET.

⁴⁵⁴ 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, *précitée*, art. 3, §2, al. 1.

⁴⁵⁵ B., DE RUYVER, L., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n°112), p. 99.

Partie 4. Limites du travail et améliorations potentielles

Aujourd'hui, les salles de consommation à moindre risque ont fait l'objet d'un bon nombre d'études scientifiques. Ces dernières mettent régulièrement en lumière de nombreux aspects positifs et bénéfiques. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ces salles ont un réel impact sur la diminution des dommages liés à la consommation de drogues⁴⁵⁶. Il est observé qu'il y a une nette diminution des comportements à risque et des transmissions de maladies telles que le VIH, ainsi que des taux de décès par suite d'overdoses⁴⁵⁷. Il est également possible de constater une diminution des nuisances publiques, telles que la présence de seringues abandonnées dans les rues ou la consommation de drogues dans les espaces publics⁴⁵⁸. Cette évolution contribue à améliorer la sécurité publique⁴⁵⁹. Les SCMR remplissent aussi efficacement leur mission en ciblant les populations marginalisées et vulnérables, en leur offrant un accès plus facile aux soins de santé⁴⁶⁰.

Cependant, en complément des obstacles juridiques développés dans la partie 3 de ce travail, il est indispensable de noter que d'autres obstacles, non-juridiques cette fois, subsistent. Ces derniers, tant en amont qu'en aval de la mise en place d'une SCMR, pourraient constituer des sujets d'étude pertinents pour des recherches futures.

I. Futures pistes de recherche : obstacles non-juridiques

Le premier obstacle rencontré lors de la création d'une SCMR est l'opposition politique⁴⁶¹. Comme cela a été souligné précédemment, les responsables politiques au niveau de la Flandre sont assez frileux à l'idée d'implémenter ce type d'initiatives⁴⁶². En Wallonie, des

⁴⁵⁶ X., « Salle de Consommation : les Pays-Bas consolident, la France avance et la Belgique... bloque ? », *fédération drogues addictions BXL*, 7 mai 2015, disponible sur www.fedabxl.be (consulté le 19 octobre 2023).

⁴⁵⁷ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Health and social responses: drug consumption rooms », *op. cit.*, (voy. note n° 121).

⁴⁵⁸ M., AURIACOMBE, L., BRIAND MADRID, S., DE DINECHIN, C., DONADILLE, M., JAUFFRET-ROUSTIDE, et AL.. « L'évaluation des salles de consommation à moindre risque en santé publique : la cohorte COSINUS (cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues) », in *Politiques des drogues* (sous la dir. de M., JAUFFRET-ROUSTIDE, HAL open science, 2022, p. 35.

⁴⁵⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *op. cit.* (voy. note n° 14), p. 6.

⁴⁶⁰ F., DUBOIS-ARBER, et F., ZOBEL, *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, 2004.

⁴⁶¹ D., HUBERT, *op. cit.* (voy. note n° 42), p. 26.

⁴⁶² S., WARSZACKI, « Salle de consommation de drogues : le projet « pousse-la-loi » des Liégeois », *Alter Echos*, 28 janvier 2019, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 20 avril 2024).

partis tels que le MR (Mouvement Réformateur), s'opposent à la mise en place de salles déjà implémentées, comme celle de Liège par exemple⁴⁶³. Il convient également d'admettre que les négociations sont souvent longues et que l'obtention d'accords au niveau communal pour la création d'une salle peut être difficile⁴⁶⁴.

Un autre obstacle crucial à considérer en amont de la création est la crainte des riverains au niveau des nuisances et de leur sécurité⁴⁶⁵. Cependant, comme expliqué précédemment, bien qu'ils puissent initialement exprimer des inquiétudes quant à ces sujets, une communication transparente et des consultations des citoyens peuvent souvent les atténuer⁴⁶⁶. Cette implication directe des riverains dans le processus de mise en place des SCMR conduit généralement ces derniers à être convaincus de l'efficacité de ces dispositifs au fil du temps⁴⁶⁷.

Une fois que la salle a été créée, d'autres obstacles peuvent survenir. La question peut se poser de la crainte, pour les usagers de la SCMR, envers la présence policière aux alentours de la salle. Cependant, en se renseignant sur la situation réelle, les acteurs du terrain expriment l'idée selon laquelle les usagers ne s'en préoccupent pas tant et ont une relativement bonne relation avec les forces de l'ordre⁴⁶⁸.

Une préoccupation supplémentaire découlant de la mise en place d'une SCMR concerne les changements de consommation. Au Luxembourg par exemple, il a été observé un changement significatif dans les habitudes de consommation, passant d'une prédominance de l'héroïne à la cocaïne⁴⁶⁹. Ce changement de paradigme peut comporter des risques, notamment en raison du comportement potentiellement plus violent associé à la consommation de cocaïne par rapport à l'héroïne⁴⁷⁰. Cette évolution souligne la nécessité pour les SCMR de s'adapter en permanence aux réalités changeantes des comportements de consommation de drogues⁴⁷¹.

⁴⁶³ J., WINKEL, « Qui veut sauver Sâf Ti », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 26 mars 2024).

⁴⁶⁴ Voir annexe n° 2, interview de P. PIRONET.

⁴⁶⁵ A., KLEIN, M., ROBERTS et M., TRACE, *op. cit.* (voy. note n°37), p. 4.

⁴⁶⁶ T., DECORTE, J., DE MAEYER, J., L., FAVRIL, P., NICAISE, L., VAN PUYENBROECK, P., SMITH, et F., VANDER LAENEN, *op. cit.* (voy. note n° 98), p. 206.

⁴⁶⁷ Voir annexe n° 4, interview de L. FAUCHET.

⁴⁶⁸ Voir annexe n° 2, interview de P. PIRONET.

⁴⁶⁹ Voir annexe n°4, interview de L. FAUCHET.

⁴⁷⁰ Voir annexe n°4, interview de L. FAUCHET.

⁴⁷¹ J., WINKEL, « Qui veut sauver Sâf Ti : Liège, une ville assiégée », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 26 mars 2024).

Les salles mobiles de consommation à moindre risque posent, elles aussi, des défis uniques. Leur caractère mobile implique souvent des contraintes logistiques qui limitent leur capacité d'accueil par rapport aux établissements fixes⁴⁷². Ces structures peuvent être confrontées à des difficultés pour trouver un lieu adapté où s'installer pendant une durée suffisante après la consommation, ce qui restreint le temps disponible pour établir des liens avec les usagers et les accompagner dans des projets individuels⁴⁷³. Ces mécanismes sont généralement plus utiles et intéressants en coopération avec une stratégie plus globale comprenant une structure fixe, ce qui permet d'atteindre d'autres endroits et d'autres populations⁴⁷⁴.

En résumé, les salles de consommation à moindre risque font l'objet de nombreux obstacles, qu'ils soient juridiques ou non. Une analyse de ces derniers pourrait être pertinente pour une meilleure mise en œuvre de ces salles en Belgique.

II. Limites du travail

Au niveau des limites du travail, une exploration d'autres systèmes juridiques étrangers serait hautement bénéfique. Bien que notre analyse se soit concentrée sur certains pays, il est évident que de nombreux autres systèmes sont assez avancés dans ce domaine. Il est notamment possible de citer la République Tchèque, le Mexique, l'Uruguay, le Canada, ...⁴⁷⁵ Il n'était pas possible de s'attarder sur chacun d'entre eux par souci d'exhaustivité, mais la Belgique pourrait tirer des enseignements précieux de ces expériences pour informer ses propres politiques et pratiques en matière de salles de consommation à moindre risque.

D'autre part, concernant les interviews, quatre ont été réalisées avec différentes personnes. Il serait sûrement intéressant d'en effectuer davantage pour obtenir une perspective plus complète et diversifiée. Notamment, en incluant des intervenants de différents pays pour encore plus d'inspiration.

⁴⁷² Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

⁴⁷³ Voir annexe n°2, interview de P. PIRONET.

⁴⁷⁴ A., PINTO DE OLIVERAA, *op. cit.* (voy. note n°129), p. 678.

⁴⁷⁵ R., JESSEMAN, et D., PAYER, « La décriminalisation : les options et données probantes », *Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substance*, juin 2018, disponible sur www.ccsa.ca (consulté le 05 mars 2024).

Conclusion

La présente étude a examiné les obstacles juridiques à la mise en place des salles de consommation à moindre risque en Belgique, ainsi que les solutions inspirées du droit comparé pour adapter la législation belge et améliorer la réglementation applicable aux SCMR.

Tout d'abord, il est apparu clairement que la législation belge actuelle présente des lacunes importantes en matière de reconnaissance des SCMR, les plaçant dans une situation précaire du point de vue juridique. L'interdiction explicite de telles installations dans la loi sur les stupéfiants belge représente un obstacle majeur à leur mise en place et à leur fonctionnement légal. De plus, le fait que les consommateurs de stupéfiants soient également en situation d'illégalité par leur détention de drogues complique encore davantage la mise en œuvre de ces salles.

En comparant les approches législatives de différents pays, notamment le Portugal, les Pays-Bas, l'Irlande, la Suisse, le Luxembourg, l'Allemagne, la France et le Canada, il est devenu évident que la reconnaissance légale des SCMR et la légalité de la détention de drogues varient considérablement. Alors que certains pays ont légalisé la détention de drogues en général, d'autres ont choisi de dépénaliser spécifiquement la détention de drogues dans le cadre des SCMR. Certains pays ont également intégré les SCMR dans leur législation nationale, offrant un cadre clair pour leur création et leur fonctionnement, tandis que d'autres ont opté pour des projets expérimentaux sur une période limitée. En examinant ces diverses approches, il apparaît clairement que des leçons inspirantes peuvent être tirées du droit comparé pour adapter la législation belge de 1921 sur les stupéfiants. Ces enseignements offrent des perspectives prometteuses sur la manière dont la Belgique peut repenser sa politique en matière de réduction des risques et intégrer efficacement les SCMR dans son paysage juridique.

En outre, d'autres défis, non-juridiques cette fois, subsistent, tant en amont qu'en aval de la création des SCMR. L'opposition politique, les préoccupations des riverains, les craintes des usagers et les changements de comportement de consommation sont autant d'obstacles à surmonter. Les SCMR mobiles présentent aussi des défis logistiques uniques qui nécessitent une attention particulière.

En conclusion, pour répondre à la question de recherche ayant guidé ce travail, à savoir surmonter les obstacles juridiques à la mise en place des SCMR en Belgique, il pourrait être intéressant de s'inspirer des meilleures pratiques étrangères et d'adapter la législation belge en conséquence. Cela nécessitera une approche collaborative impliquant les autorités gouvernementales, les acteurs locaux, les professionnels de la santé et les organisations de la société civile. En adoptant une approche progressive et fondée sur des données probantes, la Belgique peut améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes de consommation de drogues et contribuer à la promotion de la santé publique et de la sécurité publique.

Bibliographie

1. Législation

Législation internationale

Convention Unique des Nations-Unies sur les stupéfiants de 1961 adoptée à Genève le 25 mars 1972, approuvée par la loi du 8 décembre 1983, *M.B.*, 14 septembre 1984, p. 12703.

Convention des Nations-Unies sur les substances psychotropes de 1971 adoptée à Vienne le 21 février 1971, approuvée par la loi du 5 juin 1992, *M.B.*, 21 mars 1996, p. 6437.

Convention des Nations-Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988 adoptée à Vienne le 20 décembre 1988, approuvée par la loi du 6 août 1993, *M.B.*, 21 mars 1996, p. 6461.

Législation européenne

Traité sur l'Union européenne (version consolidée), *J.O.U.E.*, 26 octobre 2012, C 326.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, *J.O.U.E.*, 26 octobre 2012, C 326.

Stratégie de l'UE en matière de drogue (2021-2025), *J.O.U.E.*, 24 mars 2021, C 102.

Législation belge

Constitution belge, *M.B.*, 17 février 1994, p. 4054.

Code civil, *M.B.*, 3 septembre 1807, p. 0.

Loi du 4 février 2020 portant le livre 3 « Les biens » du Code civil, *M.B.*, 17 mars 2020, p. 15753.

Loi spéciale du 13 juillet 2001 portant transfert de diverses compétences aux régions et communautés, *M.B.*, 03 août 2001.

Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434.

Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *M.B.*, 14 janvier 1989, p. 667.

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, *M.B.*, 06 mars 1921, p. 1834.

Loi du 21 mars 2023 modifiant 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, *M.B.*, 31 mars 2023, p. 35766.

Projet de loi du 10 mars 2023 modifiant 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, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. Ord. 2022-2023, n° 3134/001.

Arrêté Royal du 06 septembre 2017 règlementant les substances stupéfiantes et psychotropes, *M.B.*, 26 septembre 2017, p. 88114.

Ordonnance de la Commission communautaire commune (COCOM) du 22 juillet 2021 relative à l'agrément et au subventionnement des services actifs en matière de réduction des risques liés aux usages de drogues, *M.B.*, 10 août 2021.

Décret de la Commission communautaire française (COCOF) du 09 mai 2019 modifiant le décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé afin d'autoriser la création des salles de consommation à moindre risque, *M.B.*, 31 mai 2019.

Décret spécial du 3 avril 2014 relatif aux compétences de la communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 25 juin 2014.

Décret de la Commission Communautaire Française de la région de Bruxelles-Capitale (COCOF) du 20 juillet 2016 modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la sixième réforme de l'État, *M.B.*, 08 septembre 2016, p. 60 771.

Décret du 17 novembre 2005 portant approbation, en ce qui concerne les matières transférées par la Communauté française, de l'Accord de coopération entre l'État, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions pour une politique de drogues globales et intégrée, sess. 2004/2005, n°1-2.

Résolution du Parlement wallon du 23 mai 2018 relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, sess. 2017/2018, n° 1070.

Législation française

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, *J.O.R.F.*, 27 janvier 2016.

Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes “soins addictions” », *J.O.R.F.*, 23 février 2022.

Législation Portugaise

Loi n°30-A/2000 du 20 décembre 2000, *Diário da República*, 20 décembre 2000.

Législation néerlandaise

Wet van 12 mei 1928 tot vaststelling van bepalingen betreffende het opium en andere verdoovende middelen (Opiumwet), disponible sur www.wetten.overheid.nl.

Législation suisse

Loi fédérale du 3 octobre 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (Lstup), RO 1952 241, disponible sur www.fedlex.admin.ch.

Législation irlandaise

Misuse of Drugs (Supervised Injecting Facilities) Act 2017, n° 7, disponible sur www.irishstatutebook.ie.

Législation luxembourgeoise

Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie, Mémorial A n° 61 de 2001, disponible sur www.legilux.public.lu.

Législation allemande

Betäubungsmittelgesetz du 21 septembre 1981, disponible sur www.bundesgesundheitsministerium.de.

Législation canadienne

Loi du 20 juin 1996 réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch. 19, disponible sur www.laws-lois.justice.gc.ca.

2. Doctrine

Monographies

AWADA, F., GREMY, I., HEURTEL, H., et SCHERER, S., *Salles de consommation à moindre risque : mise en œuvre et impacts*, IAU, 2018.

BERTRAND, B., *Salles de shoot ? : Un regard engagé en faveur de l'expérimentation de structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindre risque des drogues*, Paris, Books On Demand, 2010.

BOVARD, C. (Centrale nationale de coordination des addictions), *Lignes directrices pour les centres d'accueil bas seuil : 3^{ème} version révisée*, Berne, Infodrog, 2022.

CATTACIN, S., *Innover les politiques publiques en matière de drogues illégales en Suisse : Les villes et l'urgence d'agir*, Berne, Office fédéral du personnel, 1996.

CHARVET, C., DE GEE, A., VAN DER GOUWE, D., VAN DER POEL, A., et WOODS, S., *Drug consumption Rooms in the Netherlands*, Utrecht, Trimbos Institute, 2019.

DAMIAN, E., *La consommation de drogues en Belgique : les principaux résultats de Drug Vibes – L'enquête belge sur les drogues*, Bruxelles, Sciensano, 2023.

DUBOIS-ARBER, F., et ZOBEL, F., *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, 2004.

GOMART, E., et MARTINEAU, H., *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas : Rapport de synthèse* », Paris, OFDT, 2000, p. 86.

HEDRICH, D., *European report on drug consumption rooms*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

HUBERT, D. (pour la Ville de Strasbourg, Groupe Pompidou et Conseil de l'Europe), *Colloque SCMR 2021 : Salles de consommation à moindre risque en Europe : poursuivre la dynamique face aux défis majeurs du XXIème siècle*, Strasbourg, 2021.

KLEIN, A., ROBERTS, M., et TRACE, M., *Drug consumption rooms*, Oxford, The Beckley Foundation, 2004.

LECLERC, S., *(Més)usages de drogues et de conduites addictives : plan du secteur spécialisé de la Région de Bruxelles-Capitale (2021-2022)*, Bruxelles, Fedito BXL ASBL, 2021.

NOUGIER, M., et SCHATZ, E., *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique*, Londres, International Drug Policy Consortium, 2012.

OBRADOVIC, I., et DE SAINT-VINCENT, M., *Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après*, OFDT, Paris, 2021.

ORIGER, A., *Concept de fonctionnement de salles de consommation pour toxicomanes*, Luxembourg, ministère de la Santé, 2005.

SCHAFER, D., SCHÖFFER, H., et WEICHERT, L., *Drug consumption rooms in Europe: Model, best practice and challenges*, Amsterdam, European Harm Reduction Network, 2014, p. 5.

SCHORI, D., et WOLLSCHLÄGER, M., *Monitorage de la consommation de substances dans les centres d'accueil bas seuil : Rapport 2019*, Berne, Infodrog, 2019.

TROQUAY, M.-L., « La Salle de Consommation de drogue à Moindre Risque de la Ville de Liège : évaluation critique au regard du droit interne et international », travail de fin d'études (prom. FRANSSEN, V.), 2018-2019.

Ouvrages collectifs

AURIACOMBE, M., BRIAND MADRID, L., DE DINECHIN, S., DONADILLE, C., JAUFFRET-ROUSTIDE, M., et AL.. « L'évaluation des salles de consommation à moindre risque en santé publique : la cohorte COSINUS (cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues) », in *Politiques des drogues* (sous la dir. de JAUFFRET-ROUSTIDE, M.), HAL open science, 2022, 2, pp.34-42.

BRENTARI, C., STÖVER, H., et STEVENS, A., “Criminal justice approaches to harm reduction in Europe”, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. de RHODES T., et HEDRICH, D.), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, pp. 379-404.

BRIDGE, J., COOK, C., et STIMSON, G. V., “The diffusion of harm reduction in Europe and beyond”, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. de RHODES T., et HEDRICH, D.), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, pp. 37-58.

DECORTE, T., DE MAEYER, J., FAVRIL, L., NICAISE, P., VAN PUYENBROECK, L., SMITH, P., et VANDER LAENEN, F., “Discussion, conclusion and recommendations”, in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, pp.183-210.

DECORTE, T., FAVRIL, L., et VANDER LAENEN, F., “Harm reduction and drug consumption rooms”, in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, pp.19-50.

DE MAEYER, J., FAVRIL, L., SMITH, P., et VANDER LAENEN, F., “Feasibility in Belgium: a qualitative analysis”, in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, pp.131-182.

DE RUYVER, B., FAVRIL, L., VAN PUYENBROECK, L., et VANDER LAENEN, F., “Legal framework for implementation”, in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, pp.51-106.

FAVRIL, L., et VANDER LAENEN, F., “Operational and organizational considerations”, in *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* (sous la dir. de VANDER LAENEN, F.), Gand, Belgian Science Policy Office (BELSPO), 2018, pp.107-130.

GYARMALTY, A., HARTNOLL, R., et ZABRANSKY, T., “Variations in problem drug use patterns and their implications for harm reduction”, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (sous la dir. de RHODES T., et HEDRICH, D.), Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010, pp. 405-436.

Articles de revues

ANSSEAU, M., DEMARET, I., LEMAÎTRE, A., et AL., « Projet TADAM : conclusions scientifiques et recommandations », *La Lettre du Respadd*, 2014, pp. 1-8.

AURIACOMBE, M., BRIAND MADRID, L., CÉLERIER, CHAUVIN, C., I., DONADILLE, C., HAMELIN, N., JAUFFRET-ROUSTIDE, M., KERVAN, C., LALANNE, L., MARADAN, G., et ROUX, P., “Drug consumption rooms are effective to reduce at-risk practices associated with HIV/HCV infections among people who inject drugs: Results from the COSINUS cohort study”, *Addiction*, 2023, pp. 180-199.

AZUAR, J., CLEIREC, G., CLERGUE-DUVAL, V., et TARONI, V., « Salle de consommation à moindre risque : les généralistes majoritairement favorables à l’expérimentation », *Addictions*, 2017, pp. 1-12.

BISIOU, Y., « En quoi le cadre légal et réglementaire actuel est ou n’est pas un obstacle à la RdRD ? Quelles en seraient les évolutions souhaitables pour favoriser la RdRD ? : La loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé », *Alcoologie et Addictologie*, 2018, pp. 75-80.

CHÉRONNET, H., « Les salles de consommation de drogue à moindre risque : un déplacement des frontières entre normaux et stigmatisés ? », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, pp. 57-69.

COSTES, J.-M., « De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ? », *Revue Psychotropes*, 2013, pp. 9-26.

COUTERON, J.-P., « la Réduction des risques : une approche qui vise l'épanouissement », *Multitudes*, 2011, pp. 64 à 70.

COUTERON, J.-P., et LEDUC, M., « Réduction des risques et réponse pénale (regards croisés) », *Délibérée*, 2018, pp. 27 à 32.

CURADO, A., GAUTIER, D., OLIVEIRA, M., SANTA MARIA, J., TAVARES, J., et TAYLOR, A., "Prospective client survey and participatory process ahead of opening a mobile drug consumption room in Lisbon", *Harm Reduction Journal*, Lisbonne, 2019, pp. 1-7.

DELHAUTEUR, D., FAVRIL, L., NICAISE, P., SMITH, P., et VANDER LAENEN, F., "How to overcome political and legal barriers to the implementation of a drug consumption room: an application of the policy agenda framework to the Belgian situation", *Addiction Science & Clinical Practice*, 2019, pp. 1-9.

DEVELAY, M., « La responsabilité des intervenants : Un éclairage juridique », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, pp. 45-55.

DERKS, J., et VAN KALMTHOUT, A., « Facteurs déterminants de la politique néerlandaise en matière de drogues », *Déviance et société*, 1998, pp. 89-100.

DOS SANTOS, M., « L'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque. Un défi pour les professionnels de l'addictologie », *Nouvelle Revue de psychologie*, 2016, pp. 63 à 74.

EISNER, M., « Déterminants de la politique suisse en matière de drogue. L'exemple du programme de prescription d'héroïne », *Déviance et société*, 1999, pp. 189 à 204.

EMMANUELLI, J., « Politique de réduction des risques : programmes d'échanges de seringues », *Médecine/Sciences*, 2004, pp. 599-603.

FRANS, M., « Sâf ti First ou comment résoudre l'improbable équation entre santé et toxicomanie : Interview de D. Delhauteur, coordinateur de la fondation TADAM », *Toxicomanie... et si on en parlait ?*, 2018, n°98.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., « Les salles de consommation à moindre risque : Apprendre à vivre avec les drogues », *Esprit*, 2016, pp. 115 à 123.

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

LANDEL, P., et ZIELINSKA, A. C., « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal : Entretien avec le prof. João Goulão », *Mouvements*, 2016, pp. 151 à 164.

LE MONNIER DE GOUVILLE, P., « Responsabilité(s) et responsabilisation des usagers : un éclairage juridique », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 2020, pp. 77-91.

LHOMME, J.-P., « L'ouverture de Salles de Consommation à Moindre Risque. Une « affaire » d'éthique ? », *Rhizome*, 2016, pp.17-17.

LORIDON, S., « Le système de contrôle des drogues peut-il changer ? », *Journal français de psychiatrie*, 2016, pp. 99-103.

NOUGIER, M., « 20 ans de décriminalisation des drogues au Portugal : quelles leçons en tirer ? », *Drogues, santé prévention*, 2022, n°96-97.

PINTO DE OLIVERAA, A., "First year of implementation of a drug consumption room in Lisbon: the client's profile", *European Journal of Public Health*, 2020, pp.678-678.

PONGÉRARD-PAYET, H., « L'évolution du cadre juridique de la lutte contre le trafic de stupéfiants en droit de l'Union européenne », *Revue juridique de l'Océan Indien*, 2019, pp. 393 à 419.

ROUSVOAL, L., « Avant-propos », *Cahiers Droit, Sciences & technologies*, 2020, pp.21-22.

SALAH, M.-H., « Les salles de consommation à moindres risques », *Bruxelles Santé* n°79, Bruxelles, 2015, pp. 1-6.

SIMON, P., « Le cadre juridique international de la lutte contre les stupéfiants », *Revue juridique de l'Océan indien*, 2019, pp. 421-429.

TRÉPOS, J.-Y., « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matières de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, pp. 93-108.

VALKENEERS, B., « La loi de 1921, entre anachronisme et obstacle à la volonté d'une politique globale et intégrée en matière de drogues », *Drogues, santé prévention, Prospective Jeunesse*, 2022, n° 96-97.

Rapports officiels

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Communiqué de l'agence sur les drogues de l'UE à Lisbonne : Rapport européen sur les drogues 2017 : Faits marquants », *EMCDDA*, Lisbonne, 2017, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 14 avril 2023).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), «The drug situation in Europe up to 2023 - an overview and assessment of emerging threats and new developments», *EMCDDA*, Lisbonne, 2023, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 10 février 2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), « Perspectives sur les drogues : salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités », *EMCDDA*, Lisbonne, 2018, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 14 avril 2023).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), «Netherlands Country Drug Report 2019», *EMCDDA*, Lisbonne, 2019, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 16 avril 2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “European Drug Report 2023: Trends and Developments”, *EMCDDA*, Lisbonne, 2023, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 18 février 2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “Infographic. Location and number of drug consumption facilities throughout Europe”, *EMCDDA*, Lisbonne, 2023, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 10 février 2024).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), “Health and social responses: drug consumption rooms”, *EMCDDA*, Lisbonne, 2024, disponible sur www.emcdda.europa.eu (consulté le 05 mai 2024).

COSINUS, « Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique », *Inserm*, 2021, disponible sur www.inserm.fr (consulté le 14 février 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Premier rapport de l’Organe international de contrôle des stupéfiants », *INCB*, Vienne, novembre 1968, disponible sur www.incb.org (consulté le 12 février 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport de l’Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1989 », *INCB*, Vienne, décembre 1989, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport de l’Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999 », *INCB*, Vienne, 2000, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2000 », *INCB*, Vienne, 2001, disponible sur www.incb.org (consulté le 20 avril 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2022 », *INCB*, Vienne, 09 mars 2023, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024).

Organe International de Contrôle des stupéfiants (OICS), « Rapport 2023 », *INCB*, Vienne, 05 mars 2024, disponible sur www.incb.org (consulté le 15 avril 2024).

3. Divers

Articles de journaux

ALBIN, D., « Charleroi : le projet de BCMR (bus de consommation à moindre risque) est sur les rails pour aider les toxicomanes », *l'avenir*, 21 février 2024, disponible sur www.lavenir.net (consulté le 05 mars 2024).

BELGA, « Le Parlement wallon favorable aux salles de consommation à moindre risque », *RTBF*, 24 avril 2018, disponible sur www.rtbfb.be (consulté le 25 octobre 2023).

DUBOIS, F., « Liège: les riverains découvrent la salle de consommation de drogue à moindre risque », *RTBF*, 02 septembre 2018, disponible sur www.rtbfb.be (consulté le 25 septembre 2023).

EELBODE, F., « Zorgverstrekkers in spuitruimtes voor druggebruikers vrijgesteld van vervolging », *De Standaard*, 28 février 2023, disponible sur www.standaard.be (consulté le 10 novembre 2024).

GIOT, M., « Liège : la salle de consommation à moindre risque pour usagers toxicomanes ouvrira le 5 septembre », *RTBF*, 31 août 2018, disponible sur www.rtbfb.be (consulté le 06 novembre 2024).

HOVINE, A., « Le Gate s'ouvrira en décembre à Bruxelles pour les usagers de drogues : « Ce n'est pas une salle de shoot » », *La Libre*, 20 juillet 2021, disponible sur www.lalibre.be (consulté le 03 octobre 2023).

JACQUET, T., « Drogue : une loi pour dépénaliser les travailleurs des salles de consommation », *RTBF*, 27 janvier 2023, disponible sur www.rbf.be (consulté le 18 octobre 2024).

MAYDA, K., « Portugal gooide drugsbeleid radicaal om: Iedereen dacht dat het een flop zou worden », *De Standaard*, 26 novembre 2023, disponible sur www.standaard.be (consulté le 10 novembre 2024).

MORMONT, M., « Willy Demeyer : une approche pragmatique de la toxicomanie », *Alter Echos*, 20 janvier 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 20 avril 2024).

PARTHONNAUD, M., « Bientôt une salle de shoot en Belgique : comment font nos voisins européens ? », *RTBF*, 04 septembre 2018, disponible sur www.rtb.be (consulté le 13 mars 2023).

PONCIAU, S., « Bien plus puissant que le cannabis : voici le Rosin, la nouvelle drogue qui envahit l'Europe, risques d'overdose à la clé », *La Libre*, 26 février 2024, disponible sur www.lalibre.be (consulté le 06 mars 2024).

SCHEERLINCK, H., « Brussel opent eerste gebruikersruimte voor drugsverslaafden: "Bij ons kan het veilig en we helpen met afkicken" », *VRT NWS*, 20 juillet 2021, disponible sur www.vrt.be (consulté le 23 février 2024).

SENTE, A., VANDE VELDE, S., « Une étude de l'ULiège dresse un bilan en demi-teinte pour la « salle de conso » liégeoise », *Le Soir*, 31 août 2023, disponible sur www.lesoir.be (consulté le 03 octobre 2023).

STROOBANTS, J.-P., « A Bruxelles, le trafic de drogue et la violence des bandes se répandent », *Le Monde*, 12 mars 2024, disponible sur www.lemonde.fr (consulté le 13 mars 2024).

WARSZTACKI, S., « Salle de consommation de drogues : le projet « pousse-la-loi » des Liégeois », *Alter Echos*, 28 janvier 2019, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 20 avril 2024).

WINKEL, J., « Qui veut sauver Sâf Ti », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 26 mars 2024).

WINKEL, J., « Qui veut sauver Sâf Ti : Liège, une ville assiégée », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 26 mars 2024).

WINKEL, J., « Qui veut sauver Sâf Ti : Il nous a chié sur la tête », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 25 avril 2024).

WINKEL, J., « Qui veut sauver Sâf Ti : Sur la sellette », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 25 avril 2024).

WINKEL, J., « Qui veut sauver Sâf Ti : À côté de la plaque », *Alter Echos*, 20 mars 2024, disponible sur www.alterechos.be (consulté le 25 avril 2024).

Autres articles en ligne

ANDRIES, J.-B., LECOK, H., POTTIEZ, F., ET AL. « Salles de consommation à moindres risques : Note de synthèse », *Cellule Générale de Politique Drogues*, Bruxelles, 2016, disponible sur www.politiquedrogue.be (consulté le 12 avril 2024).

ASBL EUROTOX, « RDR : Bonnes pratiques en réduction des risques », *eurotox*, Bruxelles, 2019, disponible sur www.eurotox.org (consulté le 10 avril 2023).

ASBL MODUS VIVENDI, « Charte de Réduction des Risques », *Plate-forme de RdR*, Bruxelles, 2018, disponible sur www.reductiondesrisques.be (consulté le 10 avril 2023).

CLEMENT, T., « INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche – Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés », *Gouvernement du Canada*, 01 mars 2008, disponible sur www.canada.ca (consulté le 09 novembre 2023).

DOC THOM, « Drogue / Psychotrope / Stupéfiant / Toxique », *Vocabulaire médical*, 03 octobre 2016, disponible sur www.vocabulaire-medical.fr (consulté le 28 novembre 2023).

ELENA, « Histoire du cannabis : les Pays-Bas et la législation », *Sirius*, 15 septembre 2020, disponible sur www.sirius.nl. (consulté le 21 février 2024).

GIELEN, E., DE VREY, R., « Cannabis law and legislation in the Netherlands », *CMS law-tax-future*, s.d., disponible sur www.cms.law (consulté le 23 octobre 2023).

VAN DEN HOUT, F., “De duivelse dilemma’s, handhaving en boetes », *Pharmaceutisch weekblad*, 07 mai 2021, disponible sur www.pw.nl (consulté le 24 février 2024).

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., « Les salles de consommation à moindre risque : De l’épidémiologie à la politique », *La vie des idées*, 22 janvier 2015, disponible sur : lavedesidees.fr (consulté le 25 novembre 2023).

JANVIER, C., VIRY, S., « Mission flash : les salles de consommation à moindre risque », *Commission des affaires sociales de la République française*, septembre 2021, disponible sur www.assemblee-nationale.fr (consulté le 25 novembre 2023).

JESSEMAN, R., PAYER, D., « La décriminalisation : les options et données probantes », *Centre canadien sur les dépendances et l’usage de substance*, juin 2018, disponible sur www.ccsa.ca (consulté le 05 mars 2024).

MCVAY, D., “Netherlands”, *Drug policy facts*, 7 juillet 2021, disponible sur www.drugpolicyfacts.org (consulté le 23 octobre 2023).

ROUSSEAUX, P., « Les troubles de voisinage et le nouveau code civil », *SNPC NEMS*, s.d., disponible sur www.crm.snpc-nems.be (consulté le 13 avril 2024).

STEVENOT, C., « Salles de consommation à moindre risque : quelle efficacité ? », *Police locale Brunau*, 16 novembre 2021, disponible sur www.police.be (consulté le 13 mars 2023).

STÉVENOT, C. et HOOGE, M., « L’usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles : Rapport 2017 », *eurotox*, Bruxelles, 2017, disponible sur www.eurotox.org (consulté le 10 avril 2023).

VANDEN BORRE, M., « N-VA voert protest tegen Brusselse drugsspuitruimte », *N-VA*, 25 février 2022, disponible sur www.n-va.be (consulté le 15 mars 2024).

X., « Des salles de consommation ? », *Univers santé*, s.d., disponible sur www.univers-sante.be (consulté le 27 novembre 2023).

X., « Salle de Consommation : les Pays-Bas consolident, la France avance et la Belgique... bloque ? », *fédération drogues addictions BXL*, 7 mai 2015, disponible sur www.fedabxl.be (consulté le 19 octobre 2023).

X., « Exemptions aux dispositions de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances », *Gouvernement du Canada*, 20 août 2015, disponible sur www.canada.ca (consulté le 05 février 2024).

X., « Au cœur d'Abrigado, salle de consommation à moindre risque au Luxembourg », *fédération drogues addictions BXL*, 30 mars 2016, disponible sur www.fedabxl.be (consulté le 10 avril 2024).

X., « La réglementation du cannabis et les Traités de l'ONU sur les drogues : stratégies de Réforme », *tni*, 27 mai 2016, disponible sur www.tni.org (consulté le 10 mars 2024).

X., « La « guerre contre les drogues » : fact checking des idées reçues », *Eurotox*, 24 juin 2021, disponible sur www.eurotox.org (consulté le 05 mars 2024).

X., « Salles de consommation à moindre risque : en finir avec les idées reçues », *Infor Drogues et Addictions*, 08 décembre 2021, disponible sur www.infordrogues.be (consulté le 29 février 2024).

X., « Land (Allemagne) », *Wikipédia : L'encyclopédie libre*, 21 mars 2024, disponible sur www.wikipedia.org (consulté le 04 mars 2024).

X., « Länder – États fédérés allemands », *deutschland.de*, 16 avril 2024, disponible sur www.deutschland.de (consulté le 04 mars 2024).

Sites web des diverses salles de consommation et ASBL gestionnaires

Lien vers l'ASBL Transit, Bruxelles : <http://fr.transitasbl.be/contact/> (consulté le 15 octobre 2023).

Lien vers la salle « GATE » par Transit ASBL, Bruxelles : <http://fr.transitasbl.be/scmr-gate/> (consulté le 20 octobre 2023).

Lien vers l'ASBL Modus Vivendi, Bruxelles : <http://modusvivendi-be.org> (consulté le 23 octobre 2023).

Lien vers l'ASBL Le Comptoir, Charleroi : <https://www.lecomptoirdecharleroi.net> (consulté le 25 octobre 2023).

Lien vers la salle « Abrigado » et l'ASBL C.N.D.S., Luxembourg : <https://cnds.lu/abrigado/> (consulté le 13 février 2024).

Lien vers la salle « Gaïa », Paris : <https://gaia-paris.fr/salle-de-consommation-a-moindre-risque/> (consulté le 13 février 2024).

Lien vers la salle « Argos », Strasbourg : <https://ithaque-asso.fr/argos.html> (consulté le 14 février 2024).

Lien vers le Medisch Sociaal Opvangcentrum (MSOC), Gand : <https://stad.gent/nl/samenleven-welzijn-gezondheid/samenleven-welzijn-gezondheid/medisch-sociaal-opvangcentrum-msoc-gent> (consulté le 20 avril 2024).

Lien vers les différents comptoirs d'échange de seringues en Flandre : <https://free-clinic.be/free-clinic/spuitenruil/spuitenruiladressen-in-vlaanderen/> (consulté le 20 avril 2024).

Campagnes et initiatives

Lien vers la campagne « # STOP 1921 », par FEDITO BXL, Bruxelles Laïque et Liaison Antiprohibitionniste : <https://stop1921.be/fr/la-campagne/>. (consulté le 13 novembre 2023).

Lien vers la campagne “Unhappy birthday”, par « # STOP 1921 » et « SMART on Drugs » : <https://unhappybirthday.be/a-propos/> (consulté le 15 novembre 2023).

Lien vers le mouvement citoyen « SMART on Drugs » : <https://smartondrugs.be/wie-zijn-wij/> (consulté le 15 novembre 2023).

Lien vers le mouvement “Support don’t punish” : <https://supportdontpunish.org/join/> (consulté le 23 novembre 2023).

Annexes

ANNEXE 1 : INTERVIEW 1 – MARYLÈNE TOMMASO – INFIRMIÈRE CHEFFE À LA SCMR « SÂF TI FIRST » À LIÈGE	87
ANNEXE 2 : INTERVIEW 2 – PHILIPPE PIRONET – RESPONSABLE PLANS DROGUES AU CPAS DE CHARLEROI	92
ANNEXE 3 : INTERVIEW 3 – LAURENCE PRZYLICKI – DIRECTRICE DE L’ASBL LE COMPTOIR À CHARLEROI	103
ANNEXE 4 : INTERVIEW 4 - LIONEL FAUCHET – DIRECTEUR ADJOINT « ABRIGADO », ASBL CNDS AU LUXEMBOURG	118
ANNEXE 5 - CONVENTION D’UTILISATION DE LA SALLE DE CONSOMMATION « ABRIGADO » AU LUXEMBOURG	130

(Sybille Meulemans) Pourriez-vous vous présenter en quelques mots ? Expliquer ce que vous faites dans la salle, quel est votre rôle ?

(Madame Tommaso) Je m'appelle Marylène Tommaso, je suis infirmière de formation. Euh, donc j'ai fait un baccalauréat en soins infirmiers, j'ai fait une spécialisation en santé mentale et un post-graduat par la suite en institut pédagogique et hygiène hospitalière. Je suis infirmière en chef de la salle de consommation. Donc depuis le début en gros je m'occupe de l'intendance de la salle de consommation, avec la gestion du personnel. Je suis régulièrement en salle aussi avec les usagers parce que c'est important en tant qu'infirmière de garder un pied sur le terrain. Euh, et donc je m'occupe de la salle de consommation, des commandes, des horaires, revoir des usagers, avoir des entretiens avec eux, la communication avec les partenaires extérieurs, les hôpitaux, le réseau assuétude sur Liège. Donc voilà, j'ai des tâches multifonctionnelles.

Ça a l'air assez varié en effet. Mais du coup, pour commencer je me demandais : quel est le processus quand quelqu'un arrive dans la salle ? Est-ce que cette personne doit se présenter, donner des informations sur lui, signer des papiers, ... ?

En fait, il n'y a pas vraiment de processus. Toute personne qui est majeure et qui souhaite venir consommer à la salle de consommation, qui est toxicomane depuis quelques années peut venir à la salle de consommation. Nous ne demandons pas de carte d'identité, nous ne demandons aucun document administratif. C'est ce qu'on appelle l'accueil inconditionnel. Nous sommes ouverts 7j/7, y compris les jours fériés, y compris les weekends. Nous donnons des soins aux usagers pendant les heures d'ouverture, et ce de manière tout à fait gratuite. Donc lorsqu'un usager arrive, il est pris en charge par un membre du personnel, soit un éducateur, soit un infirmier parce que nous avons un petit questionnaire médical à lui faire remplir sur : s'il a une maladie en traitement, des choses nécessaires pour l'accompagnement de l'utilisateur au niveau de la salle de consommation et un règlement à signer. A partir du moment où ces 2 actes sont fait, il peut entrer en salle de consommation, venir consommer, recevoir du matériel, avoir des soins infirmiers, être vu par un médecin, être accompagné dans cette démarche administrative. Donc, l'offre de soins que nous pouvons apporter aux usagers de drogues.

Ok ça marche, super. D'ailleurs, par rapport aux drogues que ces personnes consomment, quelles sont les drogues consommées dans les SCMR ? Le cannabis en fait-il partie ?

Pas de cannabis, chez nous, les principaux produits consommés sont l'héroïne, soit fumée, soit injectée, la cocaïne, injectée ou alors ils la basent avec du bicarbonate de soude et ça devient du crack et donc ils la fument. Nous avons quelques fois de la consommation de produits de synthèses, mais c'est excessivement rare.

Vous savez si c'est comme ça dans toutes les salles ou si c'est juste le fonctionnement de chez vous ?

Celle à Bruxelles il n'y a pas cannabis donc c'est aussi héroïne, cocaïne. Sur Paris, c'est beaucoup de crack. Ça dépend un peu des modes de consommation de la ville où est implantée la salle de consommation.

Oui, j'imagine ça s'adapte aux usagers. Et, du coup, vous en avez déjà un peu parler mais dans ces salles, il y a des infirmiers et des éducateurs. Est-ce qu'il y a d'autres métiers représentés ?

Alors, chez nous, on a un infectiologue qui vient le lundi matin. On a un médecin généraliste, qui est là 2 jours semaine, donc le mercredi et le vendredi après-midi.

Est-ce que tout ce personnel a suivi des formations spéciales ?

Alors, l'infectiologue travaille depuis son début de carrière avec les usagers de drogues et il doit avoir environ 40 ans d'expérience professionnelle. Notre médecin généraliste aussi. Les personnes qui travaillent ici ont en tout cas une expérience avec la toxicomanie ou sont fortement intéressés par la prise en charge des toxicomanes. C'est vrai qu'au niveau infirmier, j'essaye d'avoir des personnes spécialisées en santé mentale, ça reste quand même un atout. Même s'il n'y a pas une grande expérience au niveau de la consommation proprement dite, il y a quand même cette approche santé mentale et réduction des risques qui est abordée pendant notre formation qui est un atout, ça c'est évident.

D'accord, merci beaucoup. Je me demandais également, quand vous avez créé cette salle, avez-vous fait face à de gros obstacles du type ; plaintes de riverains mécontents, opposition politique ?

Au niveau des riverains, on n'a eu aucun problème parce qu'il faut savoir que dans ces bâtiments, de 2008 à 2011, il y a eu le projet pilote de traitement assisté de diacétylmorphine. Donc, c'est l'héroïne pharmacologique. Nous avons donc administré de l'héroïne pharmacologique pendant 2 ans. Donc, à cette époque, un éducateur avait été engagé pour, justement, nouer le contact avec les riverains et expliquer pourquoi on était là et ce qu'on allait faire. On a donc été accueilli de manière très favorable. On a mis la clé sous la porte en 2011 et il y a eu une mobilisation des riverains pour que l'on puisse rester.

Donc, quand on est arrivé avec la salle de consommation, nous avons dû expliquer que le projet n'était pas du tout le même. On n'était plus dans du traitement et dans du haut seuil mais on était dans du bas seuil. Maintenant, nous nous sommes engagés à ce que le quartier soit propre, à ce qu'il n'y ait pas de trace de consommation autour de la salle. D'ailleurs, si vous passez dans la rue, vous ne pourrez pas savoir qu'il y a une salle de consommation parce qu'on est très attentif à ce que les choses se passent bien.

Après, au niveau des pouvoirs politiques, notre salle de consommation a été portée par Monsieur le bourgmestre de Liège, donc Monsieur Demeyer. C'est son projet, c'est lui qui a œuvré pour que cette salle de consommation ouvre. Ce que nous avons fait dans la plus parfaite illégalité puisque les dispositifs ne sont pas légaux suite à cette loi de 1921 qui est toujours en train de régir les traitements de substitutions etcetera, etcetera. La seule différence qu'il y a, c'est que depuis septembre, les membres du personnel travaillant dans des dispositifs comme les salles de consommation sont protégés.

Et donc, il y a eu un consensus entre le politique, le médical et le judiciaire. Maintenant, vous n'êtes pas sans savoir que nous sommes proches des élections, vous n'êtes pas sans savoir que certains partis demandent la fermeture pure et simple de la salle de consommation. Je ne m'étonne pas sur ce sujet. Moi, je suis infirmière de formation, je suis d'abord là pour les usagers, pour donner une qualité de soins à mes usagers. J'espère juste que ces personnes vont pouvoir réfléchir un petit peu, en tout cas s'intéresser à ce qui est fait au niveau des salles de consommation.

Contrairement aux arguments politiques mis en avant comme : les salles de consommation sont un attrait pour les toxicomanes des pays étrangers, c'est complètement faux puisque nous encodons les codes postaux et 95% de notre population sont des Liégeois. Cet argument n'est donc déjà pas fondé.

Et, contrairement à ce qui se dit aussi où il nous est reproché de ne pas sauver les toxicomanes de leur toxicomanie, je réponds toujours : je suis diplômée infirmière, je n'ai pas de diplôme de

super-héros, je ne connais pas encore d'écoles de super-héros et je ne savais pas que je devais avoir ce pouvoir de sauver les toxicomanes de la toxicomanie. Ça ne fait pas partie des objectifs de la salle de consommation. Les objectifs de la salle de consommation c'est de maintenir en vie l'usager, de lui assurer une consommation propre, correcte, et adéquate, d'éviter qu'il y ait des nuisances à l'extérieur, d'essayer de faire en sorte que les faits de criminalités, liés à l'usage de stupéfiants soient diminués, mais nous avons des objectifs de santé publique avant tout. On travaille avec des humains et donc non je n'ai pas le pouvoir de sortir les gens de leur toxicomanie.

Vous rentrez justement dans le vif du sujet de mon mémoire qui est clairement cette loi. Est-ce que vous ressentez plus de sécurité maintenant que cette loi a été modifiée ? Ou pas du tout ? Qu'est-ce que ça change, concrètement, pour vous ?

Ça n'a rien changé pour moi, je m'en fous complètement et je savais très bien où je mettais les pieds. Ça ne m'a jamais posé problème, j'ai donné de l'héroïne pharmacologique pendant 2 ans, je suis maintenant responsable de la salle de consommation.

Monsieur Delhauteur m'a bien expliqué que je travaillais dans un environnement illégal. C'est rentré par une oreille et c'est sorti par l'autre. Ça n'a rien changé pour moi.

Maintenant, c'est vrai qu'au niveau de l'engagement des praticiens, on est obligés de leur dire. Je veux dire, quand vous postulez chez nous, on est obligés de dire attention, voilà où vous mettez les pieds, vous pourriez être susceptibles à un moment de rendre des comptes. Mise à part ça, nous ça fait partie de notre quotidien donc on n'y fait pas plus attention que ça. Maintenant le fait qu'on soit protégé effectivement tant mieux et merci aux personnes qui ont fait en sorte que cela soit possible même si dans notre quotidien ça ne change rien.

Vous n'avez pas fait l'expérience, ou des collègues à vous, de poursuites pénales ?

Non, jamais. On a une très bonne collaboration. On est à côté d'un commissariat de police. Donc on a une très très bonne collaboration avec nos collègues. On se voit régulièrement en réunion. J'ai un contact direct avec le gradé qui s'occupe de l'aspect toxicomanie etc donc on se voit régulièrement, on s'entend régulièrement. Je n'ai vraiment pas à me plaindre de la collaboration avec la police.

Avez-vous un avis par rapport à la nouvelle salle qui sera, elle, mobile, à Charleroi ? Trouvez-vous des avantages ou inconvénients au fait qu'elle soit mobile ?

J'ai été invitée pour faire partie du comité de pilotage. La première réunion se fait le 26 avril. Donc j'en saurai un peu plus à ce moment-là. Moi, je me dis pourquoi pas. C'est innovant, ça va permettre d'aller dans certains quartiers défavorisés. Je ne sais pas du tout quels sont leurs projets, le public cible, voilà j'en ai juste discuté très vite au téléphone avec la personne qui va s'occuper de coordonner le dispositif. Mais, là, on va attendre les prochaines réunions pour voir comment ça va se passer. C'est sûr que ça va être tout à fait différent comme projet, alors je pense que ça va avoir des avantages et des désavantages mais en tout cas ça a l'avantage d'être mobile donc ça c'est un plus.

Merci beaucoup. Une autre question un peu différente. Je ne sais pas si vous collaborez avec beaucoup de salles à l'étranger ? Est-ce qu'elles ont des points plus positifs ou négatifs dans leurs pays ?

Il existe le collectif francophone des salles de consommation. Donc, il y a généralement la barrière de la langue qui est compliquée parce qu'on discutait avec des intervenants espagnols ou du Danemark, ça devenait un peu compliqué. Donc, il y a ce collectif qui a été créé et qui rassemble les salles de Luxembourg, Bruxelles, Paris et Charleroi, qui sont d'autres salles avec qui on échange et avec qui on a des contacts. Maintenant, on a aussi des contacts avec les étrangers. Pas plus tard que jeudi et vendredi, j'étais à Lille pour présenter la salle de consommation à un colloque et j'intervenais avec des personnels de rues qui travaillent à Lisbonne, donc une éducatrice et un ancien toxicomane.

Merci beaucoup pour toutes vos réponses, elles me seront d'une grande aide. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? Un point que l'on n'aurait pas abordé et qui mériterait de l'intérêt ?

Non, si ce n'est qu'à votre place, j'essayerais de joindre Quai 9 à Genève parce que ça fait quand même quasi 28 ans qu'ils ont ouvert. Je pense qu'ils ont vraiment un recul par rapport aux salles de consommation avec aussi des difficultés politiques en fonction des élections. Je pense que c'est très intéressant.

Il y a aussi Gaïa sur Paris.

(Sybille Meulemans) *Serait-il possible pour vous de vous présenter rapidement et d'expliquer un peu votre rôle, vos liens avec les salles de consommation à moindre risque, notamment celle de Charleroi ?*

(Philippe Pironet) Je suis assistant social de formation et je travaille dans le secteur des assuétudes depuis un peu plus de 25 ans. J'ai travaillé dans le soin et l'accompagnement, dans la réduction des risques au niveau du public de rue ainsi que dans d'autres projets.

Très vite, via l'échange de seringues, la question des lieux de consommation et de la consommation encadrée est arrivée dans nos parcours professionnels. Et voilà, déjà l'échange de seringues à l'époque, ce n'était politiquement pas très accepté, pas très correct et là aussi, il y a eu une adaptation des décrets pour pouvoir le permettre.

Ça fait maintenant 5 ans que je suis engagé à Charleroi pour mettre en œuvre le plan drogue. Le plan drogue, c'est une volonté politique d'essayer de rassembler tous les secteurs concernés, donc le secteur social au sens large, pas que assuétudes, que ce soit prévention, accompagnement, insertion socioprofessionnelle, aide à la jeunesse. Enfin voilà, ça part un peu dans tous les sens. Le monde de la justice, la police et le monde politique ont essayé de mettre en place un plan d'action qui vise à répondre aux différentes problématiques en lien avec la consommation des drogues au sens large, l'alcool étant classé aussi dans les drogues lorsqu'on utilise ce mot-là. Et donc parmi ce plan d'action, il y avait la volonté d'ouvrir une salle de consommation à moindre risque.

Vu qu'à Charleroi, il est prévu que ce soit une salle mobile, est-ce que différents métiers seront représentés ou ce seront toujours des infirmiers, éducateurs, de médecins ? Est-ce que ces personnes reçoivent une formation spéciale pour travailler dans ces salles ?

Donc le personnel prévu, ce sont bien principalement des travailleurs sociaux et infirmiers. Je préfère utiliser le terme de travailleur social ou éducateur ou assistant social, parce qu'on peut être fort interchangeable.

Il faut également un médecin pour assurer la supervision du lieu, mais qui, lui, ne sera pas présent en permanence sur le dispositif. Mais qui sera en tout cas disponible pour toute urgence et qui puisse être contactée par le personnel infirmier facilement.

Quand même un petit mot sur le caractère mobile qui à la base répond plus à une demande du monde politique qu'à une demande du terrain. Donc, sur Charleroi comme ailleurs, ça reste un petit peu frileux à l'idée d'imposer ce genre de dispositif aux riverains. Et la ville de Charleroi étant en pleine rénovation, on ne savait pas trop où la mettre, où s'installeront les personnes consommatrices à la fin des travaux et autres. Donc, c'est pour ça que le caractère mobile est venu en rajoutant à la fois un argument en plus pour la demande de subventionnement.

Tant que ça reste des projets un petit peu pilotes en Belgique, ça permet d'élargir l'offre de service et de pouvoir comparer est-ce que ça peut être utile mobile, est-ce que ça doit à tout prix compléter une fixe ? Voilà, donc on va un peu avancer à tâtons.

A savoir que, comme pour certaines salles fixes en Europe, il y aura le personnel pour la salle de consommation et puis autour de ça, on va quand même mettre en place à la fois un travail policier particulier, un travail via les gardiens de la paix, et le plus important, ce sera les travailleurs sociaux de rue qui seront mobilisés pour circuler autour de cet espace mobile de consommation. À la fois aller vers les consommateurs, essayer de les accompagner vers la salle et les soins, mais aussi être là pour rassurer les riverains et autres citoyens.

Donc, au final, un gros point positif c'est qu'il n'y aurait moins de nuisance pour les riverains étant donné que c'est mobile ?

C'est toujours difficile à dire parce qu'on peut imaginer qu'en effet, vu qu'elle sera mobile et qu'il est prévu de la déployer à 2 endroits distincts sur le territoire, ces endroits, eux, seront fixes parce que, si le véhicule bouge en permanence, on n'aura jamais de client. Donc il faut de la stabilité. Donc, il y aura une implantation au niveau du centre-ville et une implantation à proximité de la gare de Marchienne-au-Pont qui est un lieu fort fréquenté par les personnes toxicomanes aussi.

Mais, le gros avantage du côté mobile c'est plus de pouvoir l'adapter et la déplacer si les scènes de consommation se déplacent aussi. Contrairement à quand on a un lieu fixe, à partir du moment où un quartier ne serait plus fréquenté pour l'une ou l'autre raison par les personnes consommatrices, elles n'auront pas à marcher une demi-heure pour venir à la salle de consommation donc il faut vraiment rester à proximité.

Vous parliez de 2 lieux à Charleroi, comment ça va se passer concrètement ?

Alors, il y aura un seul véhicule qui coûte déjà super cher. En négociier 2, ce n'était pas facile. Donc en termes de réduction des nuisances pour les riverains, vu que le véhicule ne sera présent que 2 ou 3 jours par semaine à un même endroit, les nuisances pourraient être limitées. Je dis bien pourraient parce qu'on verra bien. Mais, on peut imaginer aussi que les personnes consommatrices qui auraient pris leurs habitudes viennent se présenter au lieu de stationnement à des moments où le véhicule n'y est pas et puissent générer quelques nuisances en se disant « Ah zut il n'est pas là, on consomme quand même ici, on ne va pas attendre une demi-heure de plus ». Là, ça pourrait générer des nuisances. Donc, on va être attentif et on est en train de travailler pour le moment justement la définition des indicateurs qui vont nous permettre d'évaluer tous ces aspects plus sécuritaires sur la population.

*Et est-ce que vous avez déjà d'autres idées de potentiels impacts négatifs qu'il pourrait y avoir ?
Ou bien vous attendez vraiment de voir dans la pratique comment ça va se passer ?*

Moi, je pars du principe, en étant conforté par les différentes évaluations, que pour ce qui est en tout cas du citoyen, il y a beaucoup de levées de boucliers au début du projet et, après quelque temps, tout le monde est super content. Donc voilà, il n'y a pas de raison que ça ne se passe pas comme ça chez nous.

Les aspects plutôt négatifs, c'est au niveau de la qualité de l'accompagnement pour les personnes consommatrices, on va être dans un lieu restreint où elles n'auront pas la place nécessaire pour se poser pendant une demi-heure, 1h ou 2h après leur consommation, pour qu'on puisse justement travailler le lien, les mettre un projet. On a un service minimum sur des missions qui sont beaucoup plus sanitaires, ce qui est déjà très bien.

En Belgique, les substances qui sont consommées dans les SCMR c'est surtout l'héroïne et la cocaïne, enfin du moins c'est ce qu'on m'a dit. Je sais que dans d'autres pays on parle aussi de cannabis. Avez-vous déjà des études ou des idées de ce qui sera consommé ?

On le sait déjà parce que, au niveau du règlement d'ordre intérieur, il est prévu de laisser la salle accessible uniquement pour la consommation, inhalation et injection d'héroïne et de cocaïne. Le cannabis, l'alcool et d'autres drogues de synthèse ne seront pas acceptées parce que ce dispositif est pensé pour venir répondre à un besoin du public, plutôt profil sans abri. Et, on sait qu'il consomme de l'alcool mais que, voilà, un sans-abri qui boit une canette sur un trottoir, les gens ne s'en plaignent plus, c'est rentrer un peu dans les mœurs. Je ne dis pas que ce n'est pas un

risque ou que c'est bien, mais en tout cas ça ne fait pas partie des plaintes des citoyens. Mais pour tout ce qui est héroïne et cocaïne, c'est là aussi où il y a le plus de risques d'overdoses, où il y a besoin d'une approche infirmière, principalement pour les pratiques par injection. Parce qu'il y a beaucoup de dégâts et de comorbidité causés par les pratiques d'injection qui ne sont pas faites dans les règles de l'art. Et donc voilà, ce sont vraiment les enjeux sanitaires. Et on a rajouté l'inhalation, surtout par rapport au côté nuisances publiques parce qu'il y a peu de conseils de réduction des risques par rapport à l'inhalation, si ce n'est de ne pas utiliser d'ammoniaque. C'est pour baser la cocaïne mais je ne vais pas vous faire un cours de chimie.

Question beaucoup plus générale, mais est-ce que vous pensez que les salles de consommation représentent une solution relativement temporaire ? Ou est-ce que vous pensez que ça va vraiment perdurer dans le temps et que ça va continuer à se développer ?

À titre personnel, je ne pense pas que la situation va s'améliorer dans nos pays dans les 20, 30, 50 prochaines années. On voit que la précarité ne fait qu'augmenter et que l'accès aux drogues est plus en plus facilité, les prix sont de plus en plus bas. Donc, je pense que tant qu'il y aura consommation, les espaces de consommation ne pourront que se développer.

Et le fait que les mentalités évoluent petit à petit et que la loi s'adapte aussi, maintenant qu'on voit qu'ils ont enfin osé toucher à la loi de 1921, enfin oser y toucher, sauf pour ajouter des produits à la liste, on ose espérer que c'est un début et que petit à petit notre législation devienne un peu plus pragmatique par rapport à la situation.

Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres gros obstacles ? On a parlé de des riverains, on a parlé de la politique, du législatif aussi, qui doit changer pour améliorer la situation. Est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres obstacles au-dessus desquels il faut réussir à passer pour réussir à implanter une salle de consommation, comme c'est prévu à Charleroi ?

Donc sur Charleroi, les négociations ont quand même duré plusieurs années. Donc ce n'est qu'en 2021 que le parquet a officiellement marqué son accord. Il a été suivi par le chef de corps de la zone de police de Charleroi. Donc là, on n'avait plus d'objection du côté justice et police.

Au niveau politique, la majorité en place était favorable au projet. Mais, il reste toujours l'opposition. Et ça voilà, à chaque élection, ce genre de projet va être mis en balance. Et vu le

clivage au sein des différents partis, il suffit d'un basculement, même si cela est peu probable à Charleroi. Je pense que Charleroi va sans doute rester à gauche. Mais, on imagine, pour d'autres villes, où il y a peut-être des majorités moins tranchées, que ce genre de projet passe à la trappe. Même chose au niveau de la Wallonie, vu que c'est quand même le gouvernement wallon qui finance et promeut ce genre de projet. La région bruxelloise aussi même si eux je connais moins leur fonctionnement.

Donc voilà, à chaque élection, on doit être attentif au résultat et le jour où, comme dans malheureusement de plus en plus de pays d'Europe, on passe vraiment dans des gouvernements à droite, voire très à droite, ce sont les premiers projets qui passeront à la casserole.

D'ailleurs, en parlant un peu de l'Europe et des pays étrangers, vous êtes-vous inspirés de systèmes étrangers pour la création de la salle ? Trouvez-vous les systèmes étrangers mieux ou moins bien sur certains aspects ?

Au-delà du fait qu'on soit un petit groupe de travailleurs de terrain convaincus et qu'on s'informe depuis des années. Pour monter ce projet sur papier, il a fallu argumenter, donc aller voir de manière plus précise les différents types de fonctionnement. On s'est inspirés de règlement d'ordre intérieur à gauche, à droite, de leur manière de fonctionner. Mais, on a surtout dû revoir les ambitions à la baisse parce que, à la base, on demandait un centre intégré, où il y aura un espace de consommation avec un centre d'accueil de jour, avec un centre de soins, avec peut-être un abri de nuit avec un restaurant social. Enfin voilà, on essayait de voir le plus large possible. Et le fait que le dispositif soit mobile, on revoit forcément ça à la baisse.

Si vous avez pu vous entretenir avec les responsables du projet GATE à Bruxelles, eux ont une offre de service beaucoup plus complète et la trajectoire de la personne consommatrice qui passe la porte pour venir consommer est vraiment bien pensé pour qu'il ait accès à toute une série de services avant de ressortir du bâtiment.

La salle de consommation du Luxembourg, « Abridado », est également un modèle intéressant parce qu'ils visent vraiment le public de rue. À tel point que, j'ai déjà été visité 2 fois, et à chaque fois, il y a une espèce de camping devant l'espace de consommation. Donc, le public s'y installe et y prend ses habitudes. Ils fonctionnent aussi avec des vestiaires pour que les gens puissent déposer leurs sacs en sécurité. Voilà, ils offrent un peu d'autres services.

La salle de consommation de Paris, c'est un peu moins inspirant parce qu'il y avait vraiment un côté, dû à la politique parisienne, de refouler un peu les consommateurs de crack. Donc, ça

enchantait peut-être moins le côté social malgré la volonté des travailleurs, mais on ne leur donnait pas spécialement les moyens de faire le meilleur travail possible dans ces conditions.

La salle de consommation à Strasbourg est un bon modèle aussi, « Argos ».

On se renseigne aussi beaucoup sur les propositions faites ailleurs. Je pense de mémoire à Lisbonne et Barcelone, où il existe aussi des petits dispositifs mobiles, que ce soit pour la délivrance de méthadone ou parfois pour la consommation, mais plutôt sous format de petit véhicule utilitaire, petite camionnette pour un consommateur à la fois.

À Montréal, ils ont aussi des solutions mobiles qui viennent en complément. Dans le social comme dans d'autres secteurs, le Canada a toujours une petite longueur d'avance sur nous et c'est clair que d'aller chercher de l'inspiration par-là, c'est assez éclairant. Ils conçoivent surtout les modèles mobiles en complément des salles fixes, pour pouvoir aller plus loin par rapport aux centres-villes ou pour élargir les horaires d'ouverture des dispositifs. Donc, c'est toujours des compléments.

Après toutes ces recherches, à Charleroi on serait quasiment les premiers à proposer une solution mobile sans rien avoir d'autre, sans rien de fixe quelque part quoi. En tout cas au niveau consommation et c'est pour ça qu'on a mis le paquet sur le véhicule et on est parti sur ce semi-remorque. Donc ce sera vraiment une grosse remorque qui sera aménagée, comme on peut voir les camions de médecine du travail ou les commissariats mobiles ou autres.

Pratiquement, quand un consommateur arrive, comment est-ce que ça va se passer ? Est-ce qu'il doit se présenter, il doit aussi remplir des documents ?

Ce sera le moins possible, mais il y aura un minimum. Donc, toute entrée passe d'abord par un petit bureau d'accueil où la personne aura un léger entretien avec un des travailleurs du dispositif. On a besoin d'infos pour les statistiques, donc il faut qu'on puisse identifier la personne, qu'elle puisse parler un peu de sa consommation pour qu'on évalue les risques, aussi pour limiter les risques d'overdoses ou autres au sein du dispositif. Et alors, chaque personne sera tenue de montrer le produit qu'elle va consommer pour qu'on s'assure, à la demande justement du Parquet, qu'il n'y ait pas de deal ou d'échanges à l'intérieur.

Est-ce que cette modification de loi de 1921 vous facilite vraiment la vie ? Est-ce qu'avant ça, vous craigniez particulièrement les sanctions pénales envers le personnel ? Enfin, qu'est-ce que ça change concrètement ?

À mon niveau, ça ne change pas grand-chose parce que quand on a la conscience professionnelle, on fait ce qu'il faut faire. Au début des années 90, c'était le même cas, la méthadone n'était pas encore réglementée et donc les médecins qui prescrivaient, risquaient aussi de se retrouver en prison pour avoir prescrit des stupéfiants. Et ça s'est bien passé, l'expérience a fait qu'ils ont poussé la loi à s'adapter. Donc, avec les salles de consommation, ils ont quand même fonctionné plus de 2 ans à Liège avant que la loi ne soit modifiée. Personne n'a été arrêté. D'inquiétude, non.

Mais nous ça a permis d'accélérer la mise en œuvre du projet parce que c'est au niveau des décideurs politiques que l'inquiétude a baissé. On n'est plus, nous, tenus comme responsable s'il y avait une overdose. On ne fait pas de la facilitation à la consommation. Donc le feu vert est venu à ce moment-là et on a pu vraiment avancer dans la recherche de subventions à partir du moment où la loi a été adaptée. Mais, je crois que pour les travailleurs de terrain, ça n'aurait rien changé.

Cependant, le procureur avait bien expliqué que s'il y avait un décès au sein de l'espace de consommation, il était obligé de mener enquête, même maintenant que la loi est passée. Si, par exemple, une famille d'une personne consommatrice venait à porter plainte, qu'il y ait décès ou pas, ils doivent suivre cette plainte et introduire en dossier. On peut imaginer que le travailleur de terrain ne soit pas impacté parce qu'il fait son boulot, il a un contrat de travail, un profil de fonction et donc, ce n'est pas comme si, moi citoyen, j'ouvrais mon garage pour accueillir 10 consommateurs. On n'est pas dans ce contexte-là, mais les responsables d'institution, eux, pourraient éventuellement avoir des conséquences.

Est-ce que d'ailleurs vous pensez qu'il y a encore des éléments qui devraient être ajoutées où modifiés dans cette loi ? Des choses qui pose encore vraiment de gros problèmes par rapport aux salles ?

On avance petit à petit. Pour moi, une des prochaines étapes, ce sera vraiment de permettre au personnel de pratiquer des actes d'injection et de mettre en œuvre. Parce que certaines personnes sont parfois dans un très mauvais état, elles tremblent fort. En s'injectant à elles-mêmes, elles vont juste se charcuter. Donc intervenir ce serait bien.

Et alors, mettre en place des éducations à l'injection, pouvoir proposer des petites formations et que le personnel infirmier explique : « Voilà dans quel sens on introduit l'aiguille, comment on prépare le champ d'injection avant et après ». Ça, ce seront vraiment les prochaines étapes. Donc, actuellement, le personnel peut être là pour superviser et donner l'un ou l'autre conseil, mais ne

peut pas pratiquer l'injection. Dans les faits, dans la vie, ça peut arriver qu'ils le fassent, mais on ne pourra pas le dire. On ne peut pas non plus faire une promotion des bonnes techniques d'injection.

Y a-t-il beaucoup de personnes, du personnel ou de responsables de la salle justement, qui ont eu des sanctions pénales ou qui ont vu leur responsabilité engagée ?

Non. Parmi tous les professionnels que j'ai rencontrés, personne n'a eu de souci. Je n'ai pas eu d'écho en Suisse, en France non plus et au Luxembourg non plus. Et dans mes recherches de littérature, je n'ai rien vu à ce niveau-là.

Et, juste pour compléter, parce que quand vous parliez des prochaines avancées pour la loi, il y a aussi le testing des produits. Ce serait vraiment bien de pouvoir réaliser régulièrement des tests pour connaître la composition des produits qu'ils vont consommer, qu'on puisse au moins les informer : « Tiens voilà, dans ta dose tu as 45% de d'héroïne et le reste c'est ça, ça et ça, est-ce que tu veux quand même le prendre ? ». Mais en tout cas pour réduire les risques sociaux sanitaires, ce serait vraiment un beau progrès et ça permettrait aussi de voir l'évolution de la qualité des produits sur le marché et le lien avec le prix. Est-ce que d'une ville à l'autre on a la même qualité ou pas ?

OK, donc plus de testing afin de savoir ce que les gens consomment et pouvoir leur expliquer.

Oui, depuis le COVID, on remarque une recrudescence de la présence de Lyrica, qui est un médicament prescrit, notamment pour lutter contre l'anxiété et d'autre chose. Mais il est utilisé comme produit de coupe pour la cocaïne et ne fait qu'augmenter les effets de la cocaïne. Ça rend donc parfois les gens très nerveux, très paranos, très agressifs. Que quelqu'un décide de mélanger sa cocaïne à ce médicament-là, je n'ai pas de souci tant qu'il sait ce qu'il fait, mais que les consommateurs pensent consommer de la cocaïne et se retrouvent avec ça, ça fait qu'à un moment donné les effets ont des répercussions sur eux parce qu'ils sont plus agressifs quand ils se présentent dans un service social. Ils finissent par s'en faire exclure alors qu'il n'y a que quelques endroits où ils peuvent aller. Donc voilà, au niveau sanitaire et au niveau social, pour les personnes consommatrices, on pourrait éviter beaucoup de choses désagréables en analysant.

Et d'ailleurs, au niveau, sanitaire, social, ... est-ce que vous renvoyez souvent et facilement les consommateurs vers d'autres services, d'autres aides ? Ou vous vous occupez uniquement de la consommation dans le cadre de la salle ?

Un des aspects de la philosophie de la réduction des risques est aussi d'accepter la non-demande. Donc, moi je prends un peu de distance par rapport à ça en disant : « oui, on doit accepter les gens comme ils viennent et accepter éventuellement leur non-demande mais ce n'est pas pour ça qu'on n'est pas là pour offrir une offre de service ». Après ils prennent ou ils ne prennent pas, sur le non-jugement, je suis 100% d'accord. Mais, pour moi, un espace de consommation, c'est un lieu qui accueille des personnes souvent les plus éloignées des dispositifs d'aide. Donc, le but est vraiment de renforcer le lien social, le recréer et, quand c'est nécessaire, petit à petit proposer de dire : « si tu veux mettre en place un traitement il y a tel service, tu peux voir un médecin » ou alors : « d'avoir ton traitement le jour même ça permet de t'apaiser un peu, de mieux dormir ou est-ce que tu veux qu'on on t'accompagne pour aller rencontrer des éducateurs de l'abri de nuit pour voir si tu accepterais de passer une nuit ou 2 là et te retaper un petit peu ? » Voilà, je veux dire, ça doit être un lieu où on va tendre des perches quelque part en fonction des besoins mais en tout cas jamais les imposer.

Par rapport à la collaboration entre la police et la salle, est-ce que les usagers craignent la présence policière aux alentours de la salle ?

Je pense que quand on travaille avec les personnes qui vivent en rue et qui consomment en rue depuis des années, c'est le dernier de leur souci de savoir que les flics savent qu'ils consomment. Souvent, ils se connaissent, ils s'appellent même par leur prénom à force de se croiser et se rencontrer. Donc, la crainte, elle n'est pas là du tout.

Au niveau de la collaboration, ce qu'on essaie de mettre en place, c'est tout un accord avec la police pour qu'une personne consommatrice qui se ferait contrôler avec une certaine quantité de produits sur elle, qu'on ne lui confisque pas si elle se rend à la salle. Quand je dis une certaine quantité, ce n'est pas 10-20g, c'est sa consommation du jour.

Finalement, la police deviendrait vraiment un partenaire pour orienter les consommateurs vers la salle. Et, au-delà de ça, a contrario, ce qui risque de se passer c'est que quelqu'un qui consommerait à 50m de la salle, dans une petite ruelle, s'il se fait attraper alors que la salle est ouverte, il risque soit de se faire conduire de force à la salle et qu'on lui dise « non c'est là que tu consommes » ou de se voir confisquer tout son matériel.

On est en tout cas décidé à avancer dans le même sens et il y a vraiment un bon dialogue qui s'installe. C'est une partie agréable et surprenante de ce projet de voir qu'au final on est tous d'accord sur le fait que ce serait mieux avec une salle.

Et après, c'est juste comment articuler chacun avec ses missions pour ne pas se marcher dessus. Il y a aussi la question du deal, où on va vraiment faire une politique. Enfin, la police va mettre en place une politique de tolérance zéro à proximité de la salle. Alors qu'on sait que s'il y a des consommateurs, le deal va suivre les consommateurs d'une manière ou d'une autre. Il ne faut pas non plus que ça génère un effet pervers de dire si tous les petits dealers se font arrêter (bon, il ne faut pas qu'il reste devant la porte de la salle non plus), mais s'ils sont tous arrêtés dans le quartier et qu'on finit par avoir une pénurie si la police fait trop bien son boulot, on va se retrouver avec un public ingérable qui va partir aux 4 coins de la ville, et avec qui on ne sait plus travailler cette accroche et les objectifs de réinsertion.

Mais on ne peut pas non plus autoriser le deal parce que ça reste puni par la loi. Donc, ça va être des expériences à chaque fois, de voir un petit peu. Maintenant, on ne sait pas encore comment ça va se passer, on ne peut qu'imaginer tout type de scénario.

Je crois que les leaders vont vite comprendre que ça peut être dangereux pour eux d'être trop près. À mon avis, il y a des petites habitudes qui vont se créer. On sait que, entre la gare et l'endroit où il y aura l'espace de consommation, ils vont bien trouver un lieu de passage où ils pourront faire les échanges nécessaires.

S'il y a des problèmes comme ça, il n'y aura plus suffisamment de consommateurs pour maintenir la salle. C'est toujours cela qui est difficile, ce n'est pas un argument qui est entendu par la justice, de dire : « on a un budget et c'est quand même 1000000 d'euros annuel. Si c'est juste pour accueillir 4 personnes par jour parce que la police fait trop bien son boulot, c'est dommage pour l'argent public ». Et c'est dommage pour les consommateurs.

De l'autre côté, il ne faut pas non plus se dire : « on va s'en servir pour en arrêter plus et avoir des belles statistiques ». Donc voilà, il faut qu'on avance ensemble et c'est vraiment via l'expérience qu'on saura comment on doit ajuster.

Moi, j'essaye de négocier pour que les patrouilles de police soient très peu présentes au début et que dès qu'on voit qu'il y a un souci, un problème d'insécurité pour les riverains, on augmente la fréquence de patrouilles. En tout cas, qu'on parte d'abord du principe que ça va bien se passer. D'un autre côté, le monde politique et le parquet ont plutôt tendance à dire, on sécurise au maximum au début et on relâche un peu après. Voilà, ce sont des visions qui ne sont pas les mêmes.

Tout est question de trouver un équilibre pour une bonne collaboration entre tout le monde j'imagine ?

Oui voilà avec des avec des personnes qui ont parfois des personnalités un peu un peu difficiles,

Merci pour toutes ces informations. Auriez-vous envie d'ajouter quelque chose pensez-vous à un autre point qui mériterait de l'attention ?

Avec votre casquette plutôt juridique ? Non parce que ce n'est pas souvent le regard que on a promené, mais voilà, je ne vais pas vous casser les oreilles, parce que c'est clair, c'est le genre de sujet qu'on peut en parler des heures.

(Madame Przylucki) Donc, vous savez que nous, ici, sur Charleroi, ça fait maintenant 16 ans qu'on est en travail. Donc, les gens sur le terrain, surtout ceux qui sont au contact des usagers, sont au travail pour pouvoir mettre en place un dispositif de consommation encadré sur Charleroi. Ce n'est que maintenant qu'on aboutit tout doucement à quelque chose, à une concrétisation. Ici, sur Charleroi, il va y avoir quand même quelque chose de particulier parce que nos autorités locales, et en fait, c'est le bourgmestre, les autorités locales, ont décidé qu'ils étaient ok pour implémenter le dispositif. Mais, ils souhaitent, pour des questions de sécurité et d'impact en termes de nuisances, que le dispositif soit mobile. C'est dans l'idée de pouvoir le placer dans des endroits stratégiques. Et si, dans ces endroits stratégiques, ça pose problème, alors on peut déplacer le dispositif. C'est dans ce sens-là que la mobilité a été pensée. Plus que dans le sens de dire : « on va essayer d'être présent dans plein de quartiers différents », ce n'est pas vraiment l'objet. Mais c'est surtout, je pense, pour pouvoir déplacer le dispositif au cas où il poserait problème. Et donc, je crois que déjà, dans ce qui vous préoccupe, il y a là quelque chose de particulier, du coup, qui a été pensé ici.

(Sybille Meulemans) *Pouvez-vous vous présenter, expliquer ce que vous faites et quel est votre lien avec la salle de consommation à Charleroi ?*

D'accord. Donc, moi, à la base, j'ai une formation d'éducatrice. Et j'ai commencé à travailler avec une population des usagers de drogue, toxicomanes, dans les années 1990. Ma première approche avec ce public-là, c'était dans le cadre de la mise en place de programmes de prévention du sida et des hépatites, où j'ai travaillé avec des groupes d'usagers pour tenter de les sensibiliser à ces épidémies et de voir avec eux comment réduire les risques. À l'époque, on savait juste leur indiquer que c'était important d'aller en pharmacie, acheter des seringues neuves, de ne pas les partager entre eux, d'utiliser des préservatifs. Voilà, j'ai commencé par des campagnes de prévention.

Et puis, très vite, les groupes d'usagers auxquels j'étais confrontée m'ont renvoyé au fait qu'à l'époque, même les pharmaciens étaient très réfractaires à leur vente des seringues. Et donc, ils étaient en grande difficulté pour mettre en pratique les conseils de réduction des risques.

On a donc mené tout un travail de sensibilisation auprès des pharmaciens. On a enquêté près d'eux, on a enquêté près d'une bonne centaine d'usagers de la région pour voir si, finalement, ils seraient favorables à ce qu'on mette en place un programme d'échange de seringues. Et les enquêtes menées ont toutes abouti au même résultat. Oui, les pharmaciens et les usagers étaient

bien d'accord de dire « mettez en place un programme spécifique ». Et c'est comme ça qu'on a commencé.

Mais là, je vous parle, on est déjà en 2001, parce que, contrairement à Liège et à Bruxelles, à Charleroi, les porteurs n'étaient pas très favorables à mettre en place quelque chose qui n'était pas prévu avec un cadre légal assuré.

Et ce n'est qu'en 2001 qu'il y a eu un arrêté qui a permis à des services de santé de mettre en place des programmes d'échange de seringues. Les conditions de mise en place étaient bien définies dans l'arrêté. Et donc, on a pu répondre à ces conditions. On a rentré une demande de subsides à la région Wallonne et on l'a obtenu. Et c'est comme ça qu'on a démarré nos premières activités.

Je dirais que, déjà, après 5-6 années de fonctionnement, les travailleurs étaient face au constat que, malgré les bons conseils et le matériel de réduction des risques distribué, beaucoup d'usagers continuaient à prendre des risques parce que leurs pratiques de consommation laissaient à désirer. Et c'est surtout parce que beaucoup sont sans domicile fixe. Et donc, ils ne peuvent pas consommer dans des conditions très sécurisées. De fil en aiguille, très vite, il est venu dans notre tête se loger l'idée que, si on pouvait leur permettre de consommer sous nos yeux, déjà, ça pourrait faciliter bien des choses. On a commencé à être curieux de savoir ce qui se passait dans les autres pays. Et on a été visiter quelques salles de consommation en Europe. Et on est revenu en Belgique en disant, mais voilà, c'est ça qu'il faut faire.

Et à partir de là, autour de 2010-2011, ici sur Charleroi, on initiait des groupes de réflexion à l'attention des travailleurs du secteur des assuétudes de la région et d'autres travailleurs dans le secteur de la grande précarité. On commençait à mettre cette idée sur la table pour voir comment les uns et les autres réagissaient. Les débuts n'ont pas été faciles parce que, souvent, on a quand même dû essuyer des remarques du genre : « votre projet, vous allez encore les inciter davantage, les encourager davantage ». Enfin, voilà, c'était à chaque fois les freins opposés. Mais au final, avec les arguments avancés, on a fini par convaincre. Et à partir de là, on a monté des dossiers. On n'a eu de cesse de soumettre aux autorités locales.

Moi, j'ai connu plusieurs bourgmestres, ici sur Charleroi, tous les cinq ans. Et donc, oui, depuis les années 2010, où on porte un peu le projet, les bourgmestres successifs, toujours en accueillant le projet en théorie de manière assez favorable. Mais quand il s'agissait de « tiens, et pour Charleroi, comment on y va », il n'y a jamais eu de réponse. C'était toujours des choses qui, finalement, restaient en attente sur la pile du bureau.

Et il y a un peu plus de cinq ans, alors que c'était la campagne électorale, le bourgmestre de Charleroi, Paul Magnette, aujourd'hui, a décidé d'inscrire dans son programme, d'essayer d'implanter ça sur le territoire.

Et on arrive maintenant au bout de son mandat. Et donc, finalement, il a pu tenir parole, puisqu'il a pris notre dossier, il l'a examiné, mais il est revenu vers nous en nous disant : « moi, je veux bien, mais il faudra que ce soit mobile. Je veux pouvoir déplacer le dispositif s'il est trop dérangement dans un endroit ».

À la base, vous pensiez faire un projet non-mobile ?

Nous, on souhaitait pouvoir implanter ce projet-là dans un dispositif plus large, où il n'y aurait pas juste espace de consommation. Ça se voulait être un espace d'accueil avec différents services, dont un service d'encadrement aux consommations, mais pas que. On appelle ça dans notre jargon un dispositif plus intégré, qui permet finalement d'apporter différentes réponses au regard des différents besoins des personnes qui sont potentiellement celles qui vont fréquenter ce dispositif. Parce que nous, c'est vrai qu'avec notre programme d'échange de seringues, le contact avec le public qui va utiliser le dispositif, on a déjà nos contacts, les choses sont déjà bien établies.

Alors dans l'histoire, quand finalement la ville de Charleroi a accepté d'être porteur du projet, parce que la région Wallonne réclamait, la ministre de la Santé réclamait que le projet soit porté par une autorité communale. Si moi, juste responsable de l'association Le Comptoir, pourtant agréée et reconnue depuis 20 ans, mais si juste moi, je demandais à la ministre, « voilà, je vais me lancer dans l'aventure », elle me répondait, « c'est chouette, mais il faut que tu sois soutenue par tes autorités communales ». Et donc, c'est l'autorité communale qui doit rentrer la demande. Donc ici, c'est la ville et le CPAS de Charleroi qui ont rentré la demande de financement, qu'ils ont tenue. Et du coup, eux, comme ils n'ont pas de spécialisation assuétudes, ils ont fait un appel sur le territoire à candidature. Donc, quelle institution serait candidate à porter et opérationnaliser le projet ? Sur Charleroi, on est les seuls à avoir rentré notre candidature et elle a été retenue. Donc, c'est nous qui allons être l'opérateur.

Pouvez-vous m'expliquer un petit peu comment ça se passe pratiquement dans un comptoir d'échange de seringues ? Comment est-ce que des personnes obtiennent des seringues ? Comment ça se passe concrètement ?

Nous, ici, nos horaires ont varié quelques fois avec le temps, puisque ça fait 23 ans qu'on est ouvert. On avait commencé avec des horaires de soirée. Maintenant, depuis le Covid, on est basculé en horaires de journée. Donc, on est présent tous les jours de la semaine. On a un horaire d'ouverture affiché, de 11 à 16 heures tous les jours. Mais même en dehors de 16 heures, quand il y a quelqu'un dans la maison, si un usager sonne et qu'il fait une demande de matériel de conso, on lui ouvre et on le dépanne. Dans nos heures de permanence, ils viennent et souvent, ils n'ont pas que cette demande-là. Quand on a commencé nos activités, c'était surtout pour offrir ce matériel. On s'est vite rendu compte que les gens avaient besoin d'autre chose et que même pour nous faire le travail confortablement, il fallait prévoir plus qu'un simple comptoir où on faisait de la distribution de seringues.

Donc, quand ils viennent en général, c'est d'abord pour se poser un peu, boire un café, éventuellement se rafraîchir, manger un petit bout. Et puis, s'ils ont besoin de matériel, ils nous le demandent. Ils peuvent venir aussi, rien que passer leur tête juste une minute pour prendre du matériel et repartir aussitôt. Mais après, s'ils veulent rester avec nous, on a un espace d'accueil. On accueille sans condition, ce n'est pas forcément conditionné à une demande quelconque. Je veux dire, c'est sans limite et sans condition. Le matériel leur est délivré gratuitement.

Le principe qu'on leur a vendu, c'est le principe de l'échange. Tu nous ramènes tes seringues usagées et en échange de quoi, on t'en remet des neuves et tout le reste du matériel qui va avec pour la consommation. Maintenant, on pratique aussi l'exception sans problème. Si l'utilisateur arrive et qu'il a zéro seringue usagée à nous remettre et qu'il en demande 20, il aura quand même 20 seringues.

Ce qu'il y a, c'est qu'on tient pour chacun une espèce de comptabilité pour voir un petit peu où ils en sont et s'ils nous ramènent suffisamment régulièrement les seringues usagées parce que l'objectif surtout, c'est que ça ne me traîne pas n'importe où. C'est pour ça qu'on veille à les récupérer. Et ça fonctionne bien. On récupère beaucoup de seringues. On est à du 90% de récupération en direct comme ça. Il n'y a pas non plus de restrictions sur les quantités parce que c'est souvent une question posée : « Combien de seringues par jour ? » Ça va dépendre de l'utilisateur et de sa demande.

Les usagers qui habitent à deux pas de chez nous peuvent se permettre de venir tous les jours chercher de quoi ils en ont besoin. Il y en a, ils sont plus éloignés, donc ils ne feront pas le trajet tous les jours. Donc, il faut penser à ça. Et si on est fermé le week-end, il faut aussi compter les consos du week-end.

Un usager peut venir chercher du matos pour lui, mais s'il est en couple ou qu'il vit avec des potes qui sont dans la même situation, souvent, il vient faire ses courses pour lui et pour d'autres.

Là aussi, il n'y a pas de raison de limiter à un nombre. On tient en compte la réalité et on travaille avec ça, et pas avec des règles figées sur les quantités.

Donc, nous, d'abord, il y avait le comptoir d'échanges. C'était juste ça. Très vite, on a constaté que préparer du café, avoir de quoi boire un café, ça serait sympa. Alors, on a rajouté une table d'accueil et des fauteuils. Au fur et à mesure du temps, les gens nous demandaient des seringues, mais on commençait aussi à relever leurs manches ou leurs pantalons pour nous montrer des débuts d'infection, des débuts d'abcès. Alors, on les orientait vers les services d'urgence ou autres services de santé, mais ils revenaient toujours bredouilles en nous disant : « Voilà, j'ai présenté mes abcès, mais quand ils ont compris que j'étais toxicomane, ils m'ont vite refoulé ». Ils m'ont dit : « tant que vous n'arrêtez pas de consommer, vous serez toujours sujet à des abcès, donc nous, on ne vous soigne pas, vous devez arrêter de consommer ». C'était en gros les réponses qu'ils recevaient. Et donc, à partir de là, nous, on s'est débrouillés pour avoir des subsides pour engager du personnel médical. Puisqu'ils ne pouvaient pas être soignés à l'hôpital, nous avons demandé de pouvoir engager infirmiers et médecins pour prendre en interne en charge tous ces problèmes de santé.

Donc maintenant, au comptoir, il y a aussi un dispensaire de soins, une consultation médicale. Et de fil en aiguille, on a aussi mis en place une offre d'accompagnement qu'on appelle socio-éducatif, parce que les gens ont plein de difficultés sociales et que c'est important de pouvoir les aider là-dedans aussi.

Et après, avec le temps, certains ont demandé à ce qu'on les aide à avoir davantage accès à la culture. On organise parfois des sorties avec eux. Il y en a qui ont voulu remettre les mains un peu dans la terre et exploiter notre petit jardin et ils ont fait des plantations de légumes. Enfin, voilà, il y a des activités qu'on met en place avec eux. C'est plus facultatif, mais ça fait partie des choses qu'on propose aussi.

Au départ d'un dispositif de réduction des risques axés sur la santé, on a quand même pu mettre en évidence toute une série de besoins à couvrir et on a obtenu au fur et à mesure des moyens pour pouvoir répondre. Après, il y a encore des projets en développement, mais c'est moins le sujet qui vous occupe.

Est-ce que vous mettez au courant les usagers de ce comptoir du fait qu'il va y avoir cette salle qui va être créée ?

Oui, oui. Après, les autorités, d'ailleurs, nous avaient fait des coups d'annonce il y a déjà bien 4-5 ans. On nous disait, ça y est, vous allez vous lancer, préparez-vous et on avait déjà organisé

des focus groupes avec des usagers de drogue pour leur expliquer un peu comment, nous, on voyait le projet et pour voir un peu ce qu'eux avaient à dire. Dans le fait de le rendre concret, pratique et utilisable, on avait entendu toutes leurs remarques. Ici, le sujet est régulièrement mis sur la table des discussions avec eux. Donc, oui, ils sont très au courant. Et puis, il y en a même certains, qui nous disent, « oui, oui, la salle de Charleroi, elle existe ». Mais donc oui, ils sont au courant et on les tient au courant aussi.

Et d'ailleurs, on a prévu de les intégrer, parce qu'on a déjà des idées de certains process qu'on va mettre en place dans le dispositif, mais on aimerait quand même bien confronter un peu avec eux pour voir ce qu'ils ont à dire là-dessus. Donc, oui, ils sont impliqués dans ces réflexions et ces travaux.

C'est donc une vraie collaboration entre vous, les autorités publiques et les usagers.

Oui, les gens qui sont directement concernés, oui, oui, oui. Et il y aura un travail qui est prévu aussi avec les riverains, les citoyens qui sont dans le quartier, là où on va y installer le dispositif. Bien sûr, tout ça est prévu. On veut se donner les meilleures chances.

Est-ce que vous ressentez d'ailleurs qu'il y a beaucoup de craintes des riverains où il y aura cette salle mise en place ?

Je dirais que c'est assez mitigé, finalement, quand on s'adresse aux citoyens et à des riverains. Certains comprennent facilement que ce qui manque, finalement, ce sont des lieux adaptés pour accueillir ces publics-là. Et donc, avec des dispositifs comme les nôtres, ils sont plutôt favorables. De là à les installer dans leur quartier, certains vont quand même se montrer frileux. Mais après, si moi j'interroge mes voisins directs ici, à la structure où on est installés, eux, ils ont bien compris que drainer ce public ne leur amène pas de désagréments ni de nuisances. Donc, si je les interroge, eux, ils vont me dire : « ben oui, allez-y, nous, ça ne nous pose pas de problème ». Maintenant, voilà, on disait que c'était mitigé. Moi, je dirais quand même, allez, en grosso modo, 50 % sont plutôt favorables et n'expriment pas trop de craintes. Et puis, on a l'autre partie qui est très frileuse, mais qui, de toute façon, ne voit qu'une solution au problème : on prend les gens, on les enferme, et ça suffit comme ça, on les oblige à se soigner, et c'est la seule solution qu'ils voient. Ça, c'est pour des solutions gentilles, parce que certains, c'est mettre ces gens-là dans le caniveau, envoyer-les on ne sait où. Mais voilà, oui, c'est assez radical dans la façon de voir les choses. On a un peu de tout dans les réactions.

Ce qu'on a envisagé, nous, c'était quand même, puisque le dispositif n'était pas encore en place, normalement, il arrivera en 2025, on voudrait, sachant plus ou moins là où on va aller l'installer, déjà faire une mini-enquête auprès des résidents du quartier pour voir un peu comment ils se situent là, au jour d'aujourd'hui. Le sentiment de bien-être dans leur quartier, le sentiment de sécurité, de propreté ou autre dans leur quartier. On veut avoir leur avis aujourd'hui, alors que le dispositif n'est pas là, et comme ça, quand le dispositif arrivera, on pourra mesurer s'il y a des changements de perception ou pas.

On se rend compte que c'est forcément un plus dans le quartier, mais ce n'est pas un moins non plus. Si vous avez pris connaissance de la recherche menée par l'UCL, il n'y a pas si longtemps, à l'Université de Liège, c'est ce qu'ils semblaient dire, parce qu'ils ont quand même interrogé de la même façon les riverains du quartier de la salle et les riverains d'autres quartiers bien plus éloignés de Liège, et on avait même envie de dire : « allez, mettez des salles dans les autres quartiers aussi, parce qu'apparemment, ça pourrait quand même contribuer à ce que ça s'apaise ».

Au niveau des obstacles à la création de cette salle, on vient de parler des riverains qui pouvaient être mécontents, il y a aussi parfois des politiques qui sont contre ces salles. Est-ce que vous avez eu d'autres gros problèmes, d'autres personnes qui étaient vraiment contre cette idée ou pas spécialement ?

Il y a encore certains professionnels de la santé qui ne sont pas tout à fait convaincus, mais à mon avis, s'ils ne sont pas convaincus, c'est parce que les informations qu'on diffuse de manière générale sur ces dispositifs, ou alors celles dont on prend connaissance, parce que ce ne sont pas des informations complètes. C'est souvent très superficiel, sur les effets attendus, le type d'accompagnement qu'on peut proposer à la consommation aussi dans ces dispositifs. Moi, je pense que quand des politiques ou d'autres citoyens s'érigent et sortent des boucliers face à ce genre de projet, je pense que c'est parce qu'ils sont très mal informés. Et donc, il y a un travail de sensibilisation et d'information à faire à ce niveau, mais là, c'est vrai que quand on totalise le nombre de salles qui existent dans le monde, finalement, ce n'est pas beaucoup. Regardez en France, sur le territoire, qui est quand même vachement plus grand que la Belgique, deux salles à ce jour ouvertes. Donc, pour témoigner des effets positifs, c'est un peu court. Dans un pays comme celui-là, il faut s'accrocher.

Donc, ça aussi, ça n'aide pas, parce que finalement, les politiques comprennent les effets intéressants de ces dispositifs au lieu de les brandir comme étant quelque chose de mauvais, qui va contribuer à ramener des problèmes.

Moi, je suis, comment dire, énervée, mais depuis le début que je pense à des projets comme ceux-là, sur le fait qu'on s'empare d'une question de santé pour en faire une question de sécurité, de préoccupation de sécurité. Et ça me dérange très fort. Parce que quand on doit évaluer des dispositifs de consommation, qu'est-ce qu'on évalue ? Combien d'usagers ont fréquenté la salle ? Combien d'actes de consommation ? Du coup, on n'a pas vu sur l'espace public, puisqu'il s'est fait dans vos murs. Et à part ça, le reste de la santé des usagers, dans les évaluations, c'est comme si personne n'en avait rien à faire, de mesurer en quoi ça peut amener quelqu'un qui était dans une consommation compulsive de crack à se calmer un petit peu. Enfin, il y a plein d'autres effets qu'on pourrait mesurer d'un point de vue santé. Ça ne semble intéresser personne. Par contre, est-ce qu'il va y avoir des problèmes de vente de drogue et tout ça dans le quartier ? Ça, ça intéresse tout le monde.

Mais l'objectif d'une salle de consommation, ce n'est pas d'impacter ou pas sur la sécurité et la nuisance, c'est d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé des usagers de drogue. Et donc, moi, ça m'agace quand on mêle des questions de sécurité à cette affaire-là, parce que ce n'est pas ma préoccupation.

C'est comme si on me disait « Oh, tu veux ouvrir un hôpital de jour pour les cancéreux ? » Oui, mais tous les cancéreux dans le coin, ça ne va pas nous amener des problèmes ? Non, ça, on ne se pose pas cette question-là. Alors, voilà, ça m'agace qu'on mélange ces deux sujets, parce que moi, je vais devoir rendre des comptes sur l'impact sur la sécurité dans le quartier ou les nuisances, mais c'est le ministre de la Santé qui me donne de l'argent pour faire fonctionner le projet. Ce n'est pas le ministre de l'Intérieur.

Dans les évaluations, c'est usant. Et du coup, ça n'a rien d'étonnant si on met toujours le focus là-dessus, qu'on crée des freins. On ne met pas assez en avant, selon moi, l'objet même, le cœur du projet d'une salle de consommation.

Et je comprends, quand même, je comprends que les politiques soient soucieux de ça. Ils ont raison d'être soucieux de ça, mais c'est de l'ordre du fantasme quand on les entend, quand même, de tout ce qui pourrait arriver. Je veux dire, le deal existe déjà, le trafic est là, il est bien implanté. C'est d'autres moyens qu'une salle de consommation qu'il faut mettre en place si on veut accentuer la sécurité.

De toute façon, il y a quand même un aspect sécurité qui est mis en place parce qu'il y a toute une collaboration qui se fait avec la police.

Résumé de la réponse de Madame Przylucki (qui ne souhaitait pas une retranscription exacte de ses propos) : La collaboration avec la police, en pratique, n'est pas nécessaire pour notre dispositif, sauf en cas de menaces sérieuses de dealers autour de nos locaux, ce qui relève de leur mission habituelle. Il a été clairement convenu avec la police qu'ils ne doivent pas amener de force les usagers arrêtés en train de consommer dans la rue. Leur mission reste inchangée, et une bonne entente suffit. De même, nous n'avons pas besoin d'une collaboration spécifique avec les services d'ambulance ou les urgences hospitalières, car ils continueront à intervenir comme d'habitude en cas de surdose. En résumé, une bonne entente avec la police et les services d'urgence est suffisante, sans besoin de collaborations spécifiques supplémentaires.

Vous parliez un peu des systèmes à l'étranger. Quels sont selon vous les systèmes les plus intéressants ? Parce que vous disiez, par exemple, qu'en France, il n'y en avait que deux. Mais que pensez-vous des Pays-Bas, de la Suisse ?

Alors, on a été visiter d'autres salles en Suisse. On en a visité aussi une en Espagne. On en a visité plusieurs aux Pays-Bas. En France, il n'y en a que deux. Au Luxembourg, ils en ont une aussi qu'on a visitée.

Et finalement, dans tous les modèles... Alors, aux Pays-Bas, c'était particulier parce qu'il y a différents modèles de salles de consommation. Ça a été un peu théorisé, mais voilà...

Il y a des modèles hygiénistes où, ce qui est important, c'est que les gens soient dans un local propre et qu'ils n'embêtent personne sur la voie publique. J'ai aussi vu par exemple aux Pays-Bas une salle où la salle était dans un bâtiment qui appartenait à la commune. Et dans ce grand bâtiment, un local où les gens pouvaient s'installer, mais sans personnel dedans, livrés à eux-mêmes tout seuls. Pas d'autres offres de services. C'était juste un shootoir.

Alors, aux Pays-Bas, ils ont d'autres modèles. Et là, c'est davantage tenu par des usagers de drogue eux-mêmes. C'est le travail des pairs par les pairs. Ça se fait finalement dans une maison d'habitation, de l'un à l'autre. Et ça peut se faire dans le living. Il n'y a pas forcément de mesure d'hygiène. C'est un modèle plus familial, entre usagers, dans un bâtiment qui ressemble plus à une maison, où la question de l'hygiène, les petites cabines individuelles et tout ça, on s'en fout. Mais voilà, on peut le faire comme ça.

Après, ils ont aussi des modèles qui ressemblent plus à ce que j'ai vu en France, où là, il y a des espaces de consommation, mais pas que. On accorde une attention à l'utilisateur, à ce qu'il vit. On essaie de lui venir en aide à différents niveaux. Donc, ce sont des modèles plus intégrés.

Finalement, le modèle qui m'a le plus emballée et qui semble correspondre à ce qu'on devrait mettre en place à Charleroi, c'est un modèle qui mixe plusieurs offres. Il est à Strasbourg, ce modèle-là, la salle de Strasbourg, en France. La salle s'appelle Argos. Et eux, ils font de l'accueil, ils proposent des repas, il y a un coin douche, il y a un espace d'échange de seringues, il y a les espaces de consommation, l'espace de consultation médicale, dépistage, de mise en traitement des hépatites. Et ils ont, à l'étage, un hébergement pour les usagers. Ils mixent l'hébergement. Et ça, c'est super intéressant parce qu'il y a quand même pas mal d'usagers qui sont dans des états de santé, très mauvais états de santé. Et leur vie en rue ne permet pas de les stabiliser, de leur permettre de reprendre des forces. Et l'hébergement qu'ils ont permet ça. Et ça aide vraiment les usagers. C'est très chouette.

Et d'ailleurs, la salle du Luxembourg, c'est Abrigado, le nom de la salle. Ils ont aussi cet hébergement qui est annexé. Et ça, c'est chouette parce que du coup, les usagers qui sont hébergés, ils peuvent descendre la nuit s'ils ont besoin de consommer la nuit ou le soir avant d'aller coucher. Ils ont encore un accès aux salles de conso, puisque tout est dans le même bâtiment. Donc, l'offre est très complète et c'est ce qu'il faut, c'est une offre la plus complète possible parce qu'on a affaire à des gens qui sont dans des états de santé, ils sont loin. Ça demande du temps et des moyens pour être sur pied.

Mais c'est dingue de voir que les offres peuvent être si différentes. Entre la salle 100% complète et aux Pays-Bas, où il y a des gens qui font ça chez eux, ou à peu près.

À mon avis, ça dépend aussi de quelle est l'offre locale. Parce que si sur un territoire, il y a beaucoup déjà de dispositifs qui viennent en aide à ce public, avec des buanderies sociales, des vestiaires, des restaurants du cœur, des services sociaux où ils sont déjà accueillis et accompagnés, alors peut-être qu'il était juste nécessaire de mettre un local de conso en plus. Mais quand il n'y a pas beaucoup d'offres à un niveau local, où ce public est accueilli.

Savez-vous déjà quelles seront les substances consommées dans la salle de Charleroi ? Héroïne et cocaïne ? Est-ce que vous allez contrôler les drogues à l'entrée ?

Alors, nous aussi, on a déjà une bonne vue sur les consommations parce que quand des usagers viennent chercher du matériel au comptoir, on questionne sur le type de consommation, le produit et tout. Et donc, par exemple, nos chiffres de 2023 montraient que sur notre population

globale, et on est à quelque chose comme 530 usagers en 2023, 40 % consomment de l'héroïne. Le reste, c'est de la cocaïne.

Et alors, nous, on considère la cocaïne, le crack. Il y en a qui consomment de la cocaïne mais beaucoup ont quand même basculé en base et ont transformé en crack. Donc, maintenant, c'est la majorité qui consomme du crack.

Et la consommation en injection demeure quand même importante. Mais on voit bien que la demande en pipe à crack, elle augmente. La demande en seringue diminue. Ces deux dernières années, la demande en pipe à crack augmente. Donc, on sait un peu ce qui nous attend dans notre salle de consommation.

Pour ce qui est de tester le produit, nous, à la base, ce n'était pas prévu dès le départ de la mise en place du dispositif. Mais on se disait, ça serait une offre intéressante à intégrer dans le dispositif à un moment donné. Maintenant, proposer du testing, moi, je dis toujours, il faut voir à quelle fin. Si c'est rassurer l'utilisateur sur ce qu'il est en train de consommer, ok. Maintenant, tester le produit, je veux dire, les résultats n'arrivent pas dans la minute. Donc, l'utilisateur, il veut tester son produit, mais c'est pour consommer tout de suite. Enfin, on ne va pas avoir beaucoup d'utilisateurs candidats à tester le produit qu'ils veulent consommer là maintenant. Et ceux qui ont la patience d'attendre ne sont pas légion.

Donc, si c'est dans le but de les rassurer, là, directement, moi, je dis, ce ne sera pas possible. Si c'est pour avoir une meilleure vue, tiens, qu'est-ce qui circule sur Charleroi, de quoi sont composées les drogues sur Charleroi, oui, c'est intéressant. Et parce qu'à un moment donné, on pourra aussi faire un retour aux utilisateurs sur ce qu'on aura obtenu comme information sur ce sujet. Donc, c'est très bien. Ça arrivera plus tard pour eux, peut-être trop tard, du coup. Je veux dire, ça a le temps de bouger, quoi.

Donc, a priori, il y a une ouverture, il y a une porte ouverte pour proposer cette offre. Mais je crois qu'on doit encore réfléchir parce que ça demande quand même des moyens. Et donc, il faut être sûr que ça en vaut la peine, quoi, au final. Que ça sera réellement un plus.

Au niveau de la loi sur les stupéfiants qui a changé, du coup, est-ce que ça a créé une réelle différence pour vous ? Est-ce que vous allez plus facilement engager du personnel ? Est-ce que vous sentez que c'est moins risqué ou pas spécialement ?

Oui, ça apporte quand même de l'assurance pour le personnel. C'est super important. Ceci dit, je crois que, même si la loi n'avait pas été modifiée, on se serait quand même lancé dans l'aventure, mais quand même en poussant la charrette pour qu'il y ait un aménagement et pour que nos

travailleurs soient quand même protégés. Donc oui, c'est important. Il faudra peut-être aller un peu plus loin dans les modifications de la loi, mais dans un premier temps, ça c'était nécessaire. C'est ce qu'ils pouvaient faire le plus facilement pour nous protéger. Ils l'ont fait et tant mieux. C'est un signal politique qui nous encourage.

En parlant d'aller plus loin, est-ce que vous aimeriez que d'autres aspects légaux changent ?

Vous avez dû entendre parler du mouvement Stop 21. C'est un mouvement qui a été lancé par une assoc' qui se trouve à Bruxelles, Modus Vivendi, il y a déjà plusieurs années. L'idée de ce mouvement Stop 1921, donc en référence à la législation des stupéfiants qui date de 1921, c'est que les travailleurs du terrain, qui sont au quotidien près des usagers de drogue, réclament depuis des années que la loi de 1921 soit actualisée. On a plusieurs points de changement à revendiquer, notamment pour autoriser les espaces de consommation, pour autoriser le testing, pour peut-être envisager la possibilité de commercialiser le cannabis dans le pays.

En quoi est-ce que le fait que la future salle soit mobile est un avantage ou un inconvénient ? Parce que du coup, j'imagine que les dispositifs ne sont pas les mêmes. Par exemple, vous ne savez pas offrir une offre aussi complète que si c'était une salle fixe ?

Dans le dispositif mobile, l'espace va permettre de réserver un petit espace pour accueillir la personne. C'est le guichet d'accueil où on prend un peu des informations sur la personne, où elle va montrer le produit qu'elle a et qu'elle va consommer. Et on va lui donner le matériel stérile à sa consommation.

Et là, elle va passer dans l'espace consommation où il y aura deux zones. Une zone pour les injecteurs et une zone pour ceux qui inhalent. Elle passera le temps qu'elle a besoin de passer en salle de conso.

Et puis, de l'autre côté du camion, il y aura un dernier petit espace avec un petit coin repos, avec juste une petite banquette et une petite table pour se poser avant de ressortir, pour voir que les effets sont OK, qu'on peut se permettre de sortir, qu'on ne risque pas une overdose ou autre.

Et donc, moi là-dedans, je n'ai à proposer même pas un WC pour celui qui devra faire pipi. Je n'aurai pas d'espace pour commencer à faire du café et tout ça. Je n'aurai pas d'espace pour commencer à faire des soins. Je ne saurai caser dans le camion que deux travailleurs en même temps, deux infirmiers et sans doute un ou deux éducateurs aux abords, pour peut-être faire

patienter les gens. Parce que dans le camion, on ne pourra pas accueillir plus que 7 consommations simultanées.

Donc, ça va être vraiment juste un espace pour consommer. Il n'y aura rien d'autre qui sera possible de faire dedans. Après, si la personne a besoin de quelque chose, en fonction du lieu on pourra mettre le camion, soit on se rapproche de certains services qui font accueil, buanderie et compagnie et ils pourront aller se poser dans un service tranquillement. Ou on se rapproche de rien, je ne sais pas trop.

On le mettrait trois jours au centre-ville et on le mettrait deux jours sur une commune qui se trouve à huit kilomètres d'ici, mais où il y a beaucoup de scènes de consommation. À Marchienne, c'est un territoire où il n'y a rien. Rien pour personne là-bas. Il n'y a pas de service social, rien du tout.

Donc là, on sait qu'on va être un peu court avec notre espace juste de consommation, parce qu'on va sans doute avoir d'autres choses à traiter, mais on ne sait pas encore très bien où on va orienter les gens et comment. Donc, je vous avoue que sur Marchienne, j'appréhende un peu.

Sur Charleroi, ce sera moins compliqué, parce que si les gens ont besoin d'autre chose, il y a beaucoup de services à proximité, les éducateurs pourront faire le chemin avec eux, aller les conduire là où il faut, ça ira.

Mais moi, le côté mobile, à priori, je vais vous parler honnêtement, je n'y vois aucun avantage, aucun. Il va me mettre dans l'inconfort plus qu'autre chose. Parce que le camion, vu le montant investi dans la chose, 700 000 euros, la ville de Charleroi veut que son camion soit rentré tous les jours dans un garage. Donc, il faudra un chauffeur et un garage. Il faudra même deux chauffeurs, parce que si j'en ai un qui est malade, ça veut dire que le camion ne sort pas.

Je vais habituer des usagers qui sont sur Charleroi, résident, à venir utiliser la salle trois jours, et puis les autres jours, ils retourneront à leurs bonnes, vieilles, mauvaises habitudes.

Moi, je n'étais pas tout enchantée de cette affaire-là, pour ces raisons-là. C'est compliqué plus qu'autre chose.

Est-ce que vous avez pour objectif, dans le futur, de la faire devenir plus fixe ?

On nous a dit : « Si vous arrivez à me montrer que dans votre bus tout se passe bien et que ça n'amène pas de nuisances. L'idée, c'est d'envisager de vous installer dans des locaux confortables par la suite ». Ça sera l'idée. De toute façon, on ne la lâchera pas, cette idée-là. Mais en attendant, voilà comment on va devoir fonctionner.

Puisque des dispositifs mobiles existent à d'autres endroits, comme à Lisbonne il me semble, Qu'est-ce qu'eux en disent ? Je ne sais pas si vous avez un peu discuté avec eux ?

Je n'ai pas communiqué avec eux mais par contre, au Canada, au Québec, là, il y a aussi des dispositifs mobiles. Parce qu'au centre de la ville de Montréal, il y a différents dispositifs de conso qui sont implantés. Mais, quand on s'éloigne de Montréal et qu'on va, par exemple, dans une ville comme Laval, qui est au nord. Là-bas, il n'y a plus grand-chose pour les toxicomanes. Et le trajet est trop long pour qu'un toxico de Laval vienne sur Montréal utiliser les salles. Et donc, pour les petites villes plus éloignées, ils ont mis en place des petites camionnettes aménagées. On les a vues, les camionnettes. C'est une camionnette où il y a une table pour une personne qui consomme en injection et un espace pour une personne qui consomme en inhalation. Et ils vont, je ne sais plus à quel rythme par semaine, dans ces petites communes plus éloignées. Mais ça fonctionne à la limite aussi sur rendez-vous avec des usagers qui leur téléphonent et qui leur demandent « Vous venez avec la camionnette tel jour dans le village ? ». Et alors, ils arrivent avec la camionnette et les usagers viennent consommer avec eux, sans doute faire d'autres demandes. Mais voilà, ce n'est pas encore tout à fait le format que nous on pense ici sur Charleroi.

Eux, c'est un format en complément pour les personnes qui sont plus éloignées du centre-ville. Nous, ce n'est pas un format en complément. C'est le dispositif à part entière. Est-ce que c'est comparable ? Je ne sais pas si c'est comparable.

Et c'est pareil au Portugal, à Lisbonne, ils ont aussi des dispositifs à implanter dans des bâtiments de centre-ville. Et ce qui est mobile, c'est du plus pour aller dans des régions parfois plus reculées, toucher des gens qui ne font pas le chemin.

Et ça, c'est sans doute l'avenir, parce que quand on écoute le directeur de l'OEDT, l'Organisme européen des drogues et des toxicomanies. Le directeur de l'OEDT dit que forcément, des dispositifs complets, où il y a tout ce qu'il faut pour les usagers, et même à la limite un hébergement en plus, c'est important qu'on en installe dans les grandes villes. Mais vu le coût d'un dispositif, il serait quand même intéressant que, par ailleurs, et dans d'autres endroits, certains services, même moins spécialisés en assuétudes, disposent d'espaces encadrés. Il faut multiplier les choses.

Voilà, c'est un peu l'idée que l'Europe avance, mais on n'est pas encore loin du compte.

Mais au final, ce sont plus des décisions communales que fédérales ou même européennes ?

Oui, puisque ce sont les élus locaux qui doivent finalement reprendre le risque d'oser implémenter ou pas un dispositif. Ce n'est pas un risque financier, puisque c'est la ministre de la Santé de la région Wallonne qui paye, mais c'est un risque politique.

Je pense que j'ai fait le tour de mes questions. Je ne sais pas si vous auriez envie de rajouter quelque chose, un point d'attention qui vous semble important ?

Même si j'ai été honnête et un peu cash, que je trouve que ce n'est pas le modèle idéal, je crois quand même que ce modèle mobile peut amener plus.

(Sybille Meulemans) *Pour commencer, pourriez-vous vous présenter un petit peu et expliquer votre lien avec la salle au Luxembourg ?*

(Monsieur Fauchet) Je suis le chargé de direction adjoint de l'Abridado. Donc l'Abridado, ça fait partie d'une association, une ASBL, qui offre plusieurs types de structures pour des personnes en difficulté, des personnes en situation de marginalisation. Que ce soit des structures d'aide au logement, qui proposent des logements, d'autres qui proposent un travail pour des personnes qui ne sont pas en état d'intégrer le marché du travail, mais qui ont quand même des certaines capacités.

Et puis, on a aussi une structure qui travaille dans le nord du Luxembourg, où là, on travaille plus dans la nature, donc c'est le balisage de chemins de randonnée, du jardinage, etc. Et puis alors, on a l'Abridado, entre autres, qui a en fait une structure d'accueil et de soins pour des personnes en situation de toxicomanie.

Donc ici, on propose en tout cas un centre avec, d'une part, une salle de consommation supervisée, mais d'autre part, un service médical pour le suivi médical, la substitution. On a un service social pour tout ce qui est démarches administratives, accompagnement de certains de nos bénéficiaires, donc dans leurs démarches administratives, pour gérer leurs finances, retrouver éventuellement un emploi, un logement, etc. Un service de nuit aussi, où là, c'est plutôt un hébergement d'urgence. Donc, on a 42 lits aussi à disposition pour ceux qui n'ont pas de domicile. Ce n'est pas un foyer, mais c'est plutôt un hébergement d'urgence, comme je dis, où c'est purement dormir. Là, on ne parle plus de salle de consommation. Là, tout le reste est fermé, mais on propose à certains de nos bénéficiaires de passer la nuit ici.

On a un service de jour ou un espace café, on va dire, où là, ils ont aussi la possibilité, justement, de boire un café, de discuter un peu, de se reposer, de prendre une douche, de faire une lessive, d'échanger.

Et puis alors, on a encore un dernier service, c'est l'échange de seringues ou l'échange de matériel, pour ceux qui ne souhaitent pas nécessairement rentrer dans la structure et aller dans la salle de consommation, mais qui préfèrent consommer à l'extérieur malgré tout. Puisqu'il y en a quand même toujours qui préfèrent consommer à l'extérieur. Et là, alors, on leur propose, on leur fournit le matériel nécessaire, le matériel stérile.

Donc, c'est vraiment une offre très globale.

Ah oui, oui, c'est très global, voilà. Et tout se situe dans le même bâtiment, c'est un conteneur sur deux étages où tous les services sont réunis. Et en fait, la mission de l'Abrigado, ça remonte à 20 ans maintenant, c'était pour lutter contre la transmission des maladies infectieuses, type VIH, hépatite, etc., via la proposition ou l'offre de matériel stérile, de conseils sur les bonnes pratiques de consommation, un suivi médical, des dépistages, ...

Donc, c'était un peu dans la mouvance qui avait démarré un peu dans les fins des années 80, où les premières salles de consommation au jour le jour. C'était en Suisse, à Berne, en 86, si je me souviens bien, où là, il y avait eu une recrudescence des cas de sida. Et donc, c'est sur base de ce contexte que des salles de consommation ont été ouvertes, puisqu'il s'est avéré que de nombreuses personnes consommatrices contractaient ce type de maladies en s'échangeant du matériel. Et donc, les salles de consommation ont vu le jour pour enrayer cette recrudescence de cas, et donc pour lutter contre ces maladies infectieuses.

C'était la mission au départ. Notre structure est calquée sur cette philosophie d'acceptation, de prise en charge de ces personnes sans pour autant leur imposer un sevrage ou une thérapie. C'est simplement les prendre en charge dans leur situation, et leur proposer du matériel, un suivi, un accompagnement, des conseils de consommation, afin de stopper cette épidémie, cette transmission de maladies, mais en même temps, d'une manière plus individuelle, de stabiliser un peu leurs conditions sanitaires, leurs situations. Et pour certains alors, éventuellement, leur faire un peu remonter la pente, les orienter vers d'autres services, tels qu'un service qui propose alors de les placer dans des hôpitaux pour des sevrages, pour des thérapies ensuite, ou pour les accompagner par rapport à leurs démarches du travail, administrative. C'est ce qu'on fait ici aussi, mais nous on les fait pour les personnes qui sont encore consommatrices.

Et donc, après, pour certains, on a la possibilité de les réorienter, de leur faire prendre leur distance par rapport à la scène, si elles ont la motivation, bien sûr. La volonté vient du bénéficiaire dans un premier temps. S'il n'y a pas de volonté de sa part, on le prend en charge, et alors on le suit tout simplement, on l'accompagne en fait dans sa condition.

Plus concrètement, au niveau de la salle de consommation, comment ça se passe quand une personne arrive ? Est-ce qu'elle doit s'inscrire, remplir des documents ?

Oui, tout à fait. Le premier contact, donc, si une personne veut consommer dans la salle, elle doit être majeure, déjà, c'est notre public. La seule condition pour accéder à la structure, c'est d'être

majeur et d'être aussi en situation de toxicomanie. Et donc, là, on passe par un entretien au préalable, avec une explication du fonctionnement de la salle et des autres services. Mais en se concentrant, bien sûr, sur la salle de consommation, les règles à respecter, la confidentialité. Bien entendu, on leur assure une certaine confidentialité aussi, une anonymité, dans le sens où ce qu'on leur demande, ce qu'on remplit, c'est-à-dire le nom, l'âge, après, il peut utiliser un pseudonyme, donc là, tout ça, c'est pour la communication interne. Ça permet après d'identifier les personnes, on prend une photo de ces personnes. Mais ce sont des documents qui restent internes, tout simplement pour aider à l'identification au sein de l'équipe, puisqu'il y a une équipe de 50 personnes maintenant. Donc forcément, il faut que la communication passe bien.

Donc là, voilà, il y a un contrat, en fait, on appelle ça un contrat de consommation, un contrat d'utilisation de la salle de consommation, avec donc ces infos, avec la photo de la personne majeure, l'âge. Et puis alors, on leur lit certaines règles par rapport à la salle. Ce n'est pas non plus un endroit de protection par rapport à la police. Dans les faits, ça arrive rarement, mais il est quand même clair qu'on protège ces personnes jusqu'à un certain point. Si après, elles ont commis des méfaits ou quoi, on collabore avec la police. Donc ça, on leur fait savoir aussi que ce n'est pas un endroit où se cacher.

On leur pose aussi quelques questions sur leur profil de consommateur : qu'est-ce qu'ils consomment ? Sous quelle forme ? Depuis combien de temps ? Et puis ensuite, on leur fait une visite entre guillemets de la salle, en leur expliquant le fonctionnement dans la salle, le fait qu'ils doivent amener leur substance. Donc il n'y a pas de deal, le deal est interdit chez nous, dans toute la structure. Chacun doit apporter sa consommation, la présenter au comptoir d'accueil. Sur base de cela, la personne reçoit tout le matériel dont elle a besoin, pour ensuite l'installer et consommer, alors que ce soit par voie inhalative, ou par voie intraveineuse, ou même par voie nasale aussi. Voilà, et il s'agit seulement de drogues dures, donc héroïne, cocaïne.

Au niveau des drogues qu'ils amènent, vous disiez qu'ils doivent présenter ce qu'ils vont consommer au comptoir. Est-ce que vous testez parfois ces drogues, vous les analysez ?

Oui, justement, en fait, on a jusqu'à la fin de l'année dernière, donc fin décembre 2023. On a pendant, je pense, une durée de 4 ans, en collaboration avec le Laboratoire National de Santé, ici à Luxembourg, participé à un projet de drug checking. Sur base hebdomadaire, on proposait aux consommateurs de laisser un échantillon de leurs drogues pour les faire analyser par après.

Donc une fois par semaine, on récoltait quelques échantillons, on les faisait analyser et on recevait ensuite les résultats quelques jours plus tard. On mesurait la pureté de la drogue, de

l'héroïne ou de la cocaïne, et alors, sur un deuxième volet, on pouvait détecter, je pense qu'il y avait une base de données de 2000 substances environ, qui pouvaient donc être détectées dans les produits pour voir quel produit était utilisé pour couper les substances.

Donc là, on pouvait alors signaler s'il y avait... On pouvait, en fait, calculer la présence de caféine, de médicaments, donc c'était sur ce principe-là.

Par contre, cette année, on devrait pouvoir, à un moment, faire l'acquisition de matériel beaucoup plus avancé au niveau analyse instantanée. C'est un genre de stylo qui permet d'analyser la substance et d'en avoir les résultats dans les 15 secondes. Cela permettrait aux consommateurs de ne pas devoir laisser d'échantillons, de ne pas devoir perdre un peu de leur échantillon, de leur drogue. Bien sûr, il faut être volontaire pour participer à ce type de projet, tel qu'on l'a fait pendant les années précédentes. Il faut quand même être volontaire pour laisser une partie de sa drogue. Donc, beaucoup ne sont pas non plus disposés à laisser une partie de ce qu'ils ont acheté, forcément. Donc là, avec ce type de stylo, ça permettrait de ne pas devoir leur demander. Cela implique, je pense, une plus grande participation et donc des résultats, des tendances beaucoup plus représentatives du marché.

Et, dans le cadre de ce projet, les bénéficiaires pouvaient aussi nous dire, par exemple, quelles étaient leurs attentes par rapport à cette substance, éventuellement où ils l'avaient achetée, combien elle avait coûté. Voilà, quelles étaient leurs attentes et qu'est-ce qu'on leur avait dit par rapport à cette substance. Et donc, on notait tout ça et puis après, ça permettait de voir si les attentes étaient rencontrées ou non. C'était un peu le principe, en fait.

Par attente, ce sont les effets que ça va procurer ?

Oui, oui.

Concernant le personnel des salles, qui travaille dedans ? Il y a des infirmiers, des médecins, des éducateurs ou d'autres personnes ?

Vous avez déjà répondu à la question. C'est un mix. Comme je disais, on est une cinquantaine maintenant. Ces dernières années, l'équipe s'est franchement élargie et donc, on a en majorité des éducateurs et on a pas mal d'infirmiers aussi.

Le service médical s'est pas mal développé depuis qu'on propose la substitution, depuis 2020. Donc, on a infirmiers et éducateurs, on a quelques psychologues aussi, une assistante sociale, ainsi que quelques membres du personnel de sécurité qui sont aussi intégrés à l'équipe.

Quand je dis sécurité, c'est de la sécurité mais c'est de l'éducatif aussi. Chaque jour, on a une, voire deux personnes de cette équipe qui sont présentes aussi qui se trouvent à la réception, à l'accueil, on va dire. Donc, ce sont eux qui accueillent toutes les personnes qui rentrent dans la structure et qui les dispatchent après et puis qui font le tour un peu de la salle pour voir si tout fonctionne bien, s'il n'y a pas de conflits éventuels entre deux clients à l'extérieur. Ce ne sont pas des personnes qui se mettent à la porte de l'entrée et qui restent là pendant des heures et qui observent. Ce sont vraiment des personnes qui sont intégrées à l'équipe et qui ont aussi cette approche éducative.

Donc, c'est un peu le topo par rapport aux formations et aux professions ici. Et puis alors, on a du personnel administratif aussi. Moi-même, je suis éducateur aussi, éducateur spécialisé. J'ai changé de carrière et je trouve plus de sens à mon job. (...) Ici on travaille vraiment pour des personnes, pour des personnes en difficulté, on les voit, on voit ce qu'on fait. C'est concret, quoi. Et alors on est ouvert tous les jours et on fonctionne par rotation. Donc, on est au total une cinquantaine de personnes mais chaque jour, on a une équipe d'une dizaine de personnes. Et puis alors, on a une équipe fixe. Une équipe de nuit aussi, fixe. Composée d'éducateurs et de personnel de sécurité.

Pour le niveau plus de l'hébergement, du coup ?

Voilà, oui.

Lorsque la salle a été créée, quels sont les obstacles auxquels vous avez dû faire face ? Est-ce que ça a été extrêmement compliqué de la mettre en place ? La loi, les riverains mécontents, ...

Je n'étais pas là à l'époque donc, je n'ai pas énormément d'infos. Ce que je peux dire, en tout cas, c'est qu'il y a eu un concept qui avait été rédigé par le ministère de la Santé, ou en tout cas par le coordinateur de drogue du ministère de la Santé, à l'époque, donc début des années 2000. Je dirais 2001, 2002. C'est un document public, donc ça va peut-être vous aider à comprendre un peu le contexte. Et donc, c'était pour poursuivre un peu le mouvement de ne plus être dans la répression, mais dans la prévention, et de permettre à ces personnes, à ces bénéficiaires, d'avoir un endroit pour consommer. Donc là, il y a eu un règlement granducal. Je pense que c'était ce terme-là qui... c'est plutôt législatif, mais un règlement qui a été créé pour permettre la création d'une salle de consommation, ou en tout cas d'un endroit d'accueil pour ces personnes.

Et donc, ce document avait été rédigé et approuvé avant qu'on ouvre la salle, avant qu'on installe les containers, parce qu'au départ, c'était un container. Donc là, je pense que tous les aspects administratifs étaient faits avant vraiment qu'on ouvre la salle.

Mais je peux vous envoyer ce concept, ça va certainement vous donner plus d'infos par rapport au contexte de l'époque.

Il faut dire aussi que en fait, l'Abrigado a ouvert en 2003, mais il y avait déjà une offre auparavant, donc dans les années 80, un street worker avait commencé à distribuer du matériel, des seringues, fins des années 80. C'était une camionnette en fait, c'était même avant ça, c'était même un street worker tout simplement qui avait du matériel à proposer. Et puis, ça a pris un peu plus d'ampleur, ils se sont procuré une camionnette où là, ils pouvaient alors stationner à un endroit. Donc c'était plutôt dans le quartier de la gare. C'était dans les années 90. Et puis, je pense qu'il y a dû y avoir fin des années 90, début des années 2000, un local aussi dans le quartier de la gare où on proposait de nouveau le matériel. Donc là, il y avait vraiment un endroit fixe, ce n'était plus une camionnette.

Et puis, c'est en 2003 en fait que le premier container est sorti de terre, on va dire. Et là, c'était au départ simplement un espace de jour sans salle de consommation, mais avec distribution de matériel et un café. Donc là, les clients pouvaient rentrer (je dis les clients parce qu'on les appelle clients ici), les bénéficiaires, ils pouvaient rentrer et boire un café, etc. Et il y avait un hébergement alors déjà à cette époque-là. C'est l'hébergement de nuit plus l'espace café qui a été créé en 2003.

Et ce n'est qu'en 2005 qu'on a ouvert la première salle de consommation, après la rédaction de ce concept par le ministère de la Santé. Là, on pouvait proposer une salle pour l'injection uniquement. Et puis, en 2012, il y a eu un déménagement dans un autre container un peu plus grand alors, pratiquement sur place où là il y a une salle d'inhalation qui a été mise à disposition. Et donc, les services se sont développés, services médicaux, services sociaux, etc. Voilà, c'est comme ça que ça s'est passé.

Donc au niveau des difficultés, à l'époque, je pense que c'était assez, je ne vais pas dire rapide non plus, mais je pense qu'il y avait vraiment le soutien du ministère de la Santé à l'époque, qui était vraiment pour ouvrir ce type d'offres et de structures à Luxembourg. Là, je pense quand même que ça a dû se faire de manière assez « facile », sans trop d'accroc plutôt.

Au niveau de la population, ça n'a pas posé trop de peur ou de crainte ?

Si, quand même, bien sûr. On ne pouvait pas l'éviter. Et bien sûr, encore aujourd'hui, certains sont toujours dans la crainte parce qu'on est quand même situé à un endroit populaire. Le bâtiment ici, le container, s'est créé ou a été construit là où il y avait la scène. Donc forcément, c'est là où il y avait le plus de personnes qui traînaient, entre guillemets. Et c'est le quartier de la gare. Ce n'est pas du tout à l'écart. Il y a des habitations, il y a des résidences, il y a des restos. C'est un quartier de la ville, très populaire. Et donc là, bien sûr, il reste toujours une certaine crainte. Malheureusement, on ne peut pas l'empêcher.

Par contre, on peut apaiser un peu ces craintes, ou en tout cas, peut-être faire passer mieux le message de ce qu'on fait vraiment ici. C'est en leur montrant des statistiques par rapport au nombre de seringues qui traînaient auparavant, avant qu'il y ait cette structure, par rapport à la situation aujourd'hui où la plupart des clients, on leur demande de ramener leur matériel usagé ici. On a des poubelles spéciales. Ils peuvent le faire aussi à l'extérieur du bâtiment. On a un service de la ville de Luxembourg, un service d'hygiène, de la voirie, en fait, qui est stationné ici aussi. Il s'occupe de nettoyer toutes les seringues aux alentours du conteneur, ainsi que dans tout le quartier de Bonnevoie.

Cette structure amène pas mal de propreté dans les alentours. Moins de nuisances quand même, puisque les personnes se dirigent, s'orientent vers notre structure la journée. La nuit, ils peuvent utiliser l'hébergement de nuit.

Après, il en reste toujours, bien sûr, qui restent à l'extérieur et qui dorment dans des squats. La problématique n'a pas disparu non plus, mais les nuisances sont quand même franchement réduites. La sécurité et le fait simplement d'avoir cette structure d'accueil, ça leur permet de ne pas être, pendant ce temps-là, dans les espaces publics. Ils consomment ici plutôt que dans les parcs. Mais quand je dis qu'ils consomment ici, je dis que la plupart, il en reste toujours certains qui vont continuer à consommer à l'extérieur, ça c'est clair.

Malheureusement, de nouveau, notre principe, ce n'est pas d'aller chercher les personnes, c'est elles qui viennent pour être suivies, pour profiter de nos infrastructures. Il y a quand même une bonne fréquentation ici. On a une centaine de personnes par jour. Ça fait quand même un sacré chiffre qui n'est pas à l'extérieur aussi en même temps.

Comment se passe votre coopération avec la police ? Est-ce qu'il y a une zone où la police tolère que ces personnes aient de la drogue sur eux ? Comment ça se passe en pratique ?

Oui, bien sûr, ici, la police, elle fait des tours, elle fait des rondes assez régulièrement devant la porte, sur le terrain qui se trouve en face, devant notre structure. Ils font des rondes et des

contrôles de routine, on va dire, des contrôles sans sortir de la voiture, ce ne sont pas des fouilles ou quoi que ce soit. Donc il y a une certaine tolérance à ce niveau-là, bien sûr.

En général, les consommateurs qui sont à l'extérieur et qui consomment à l'extérieur, s'ils voient arriver la police, ils vont peut-être être plus discrets, ils vont peut-être cacher leur consommation, etc. Et la police ne va pas non plus aller les contrôler, fouiller, etc. Ils savent quand même qu'il y a une certaine consommation à l'extérieur.

À l'intérieur, ils ne viennent pas. La police ne vient à l'intérieur que si ils recherchent vraiment une personne qui a commis un méfait, un crime, un vol. Mais sinon, ils font leurs tournées, leurs rondes pour simplement s'assurer que tout se passe bien au niveau de l'extérieur, parce qu'il peut y avoir forcément des conflits.

Ils se concentrent plus sur les dealers. Ils connaissent un peu les visages et ils sont là pour éviter que les dealers traînent trop par ici. Parce que les dealers, après, ils peuvent parfois menacer les consommateurs. Il y a eu une période où ils menaçaient des consommateurs pour leur dire : « tu viens chez moi et pas chez l'autre ».

Donc la police fait ses petites rondes pour éviter que des conflits puissent apparaître. La collaboration se passe très bien. On fait partie d'un groupe de travail qui se réunit 2-3x par an, avec la ville du Luxembourg, avec le ministère de la santé, avec d'autres partenaires du réseau, avec le parquet, avec le ministère de la justice. Et là, on échange régulièrement par rapport à la vie de tous les jours, ici à l'Abrigado. On leur propose des statistiques, des tendances, des faits marquants, s'il y a eu un petit couac au niveau de la collaboration, on en parle.

Donc voilà, c'est assez transparent, c'est assez ouvert comme communication dans un esprit de collaboration tout simplement. On est tous sur la même longueur d'ondes pour prendre en charge ces personnes la meilleure manière qu'il soit.

Je ne sais pas si vous savez qu'en Belgique du coup il va y avoir une nouvelle salle qui sera mobile ?

Oui c'est ça Charleroi.

Je me demandais si vous aviez un avis sur cet aspect mobile, trouvez-vous que ça présente des avantages ou des inconvénients ?

Une offre mobile, je trouve que c'est bien dans en tant qu'offre supplémentaire ou complémentaire en fait. Plutôt qu'une offre unique. Bien sûr, c'est toujours mieux que rien, mais

avoir une structure, présente et ouverte tous les jours au même endroit, c'est quand même l'idéal. Après une offre mobile, c'est un bus, une camionnette qui va se déplacer et qui ne sera pas toujours au même endroit. Donc certaines personnes qui auront peut-être besoin à ce moment-là de matériel ou de consommer n'auront pas toujours la possibilité de le faire avant.

Donc c'est bien, je trouve ça bien mais comme offre complémentaire. Mais peut-être pas comme offre unique.

Ce sont des personnes qui ont besoin de beaucoup de routine. On n'a pas des heures d'ouverture similaire tous les jours non plus donc voilà, certains sont toujours un peu perdus par rapport à ça. On voit bien qu'ils ont besoin d'une certaine stabilité, une certaine routine. Et donc, une camionnette ou un bus qui passerait une fois par jour à un endroit puis qui continue sa tournée, pour eux c'est difficile.

Puisque vous êtes une des salles qui propose l'offre la plus globale, d'où vous êtes-vous inspirés ? Y a-t-il des salles à l'étranger qui sont « mieux » que d'autres ?

En effet, comme vous dites, c'est l'offre la plus globale qu'on puisse avoir sur le territoire européen je pense. On en a eu l'expérience et on en a la confirmation quand on se déplace à des séminaires ou des colloques internationaux.

Donc on fait partie du collectif francophone des salles de consommation qui regroupe Bruxelles, Liège et Charleroi, ainsi que Strasbourg, Paris et Genève, Lausanne et Québec. Et donc voilà, on remarque en effet qu'on est le seul établissement qui offre vraiment tout au même endroit. L'inspiration vient de la demande des bénéficiaires.

Je prends un exemple ici, les femmes, les consommatrices. Depuis plusieurs années, on ouvre un espace uniquement pour les femmes le lundi de 10h30 à 17h30, toutes les semaines. C'est une partie de l'hébergement de nuit qu'on réserve uniquement à ces femmes. Ce n'est pas avec la salle de consommation, c'est simplement un espace de repos, de protection par rapport à la scène, par rapport à leur dépendance psychique et ... C'est la double dépendance en fait, la dépendance aux drogues, mais aussi la dépendance par rapport à une autre personne, un homme en général. Et ces personnes trouvent ici alors un certain calme. Elles peuvent se reposer dans l'hébergement de nuit, elles peuvent discuter, échanger sur leurs problèmes, se faire une beauté, manger.

On organise aussi parfois des activités un peu spéciales, on commande une pizza, une raclette, ... On s'est rendu compte bien sûr que la demande était là. Sur base de constat, on a lancé un projet, on a poussé pour avoir une 2^{ème} structure uniquement réservée aux femmes. (...)

C'est un projet qui est en bonne voie maintenant pour offrir un espace uniquement pour les femmes. Il s'agit d'un espace de consommation aussi, pas encore un hébergement de nuit, mais dans un premier temps un espace de jour, donc une copie de l'Abrigado actuel, sans l'hébergement de nuit. Il y aura un service médical, une assistante sociale qui passera aussi.

Et donc c'est une inspiration, ou plutôt un besoin que nous avons identifié et qui est venu du terrain. L'inspiration est venue du terrain après les échanges qu'on a avec d'autres salles, avec d'autres prestataires.

Par exemple, le stylo dont je parlais d'analyse de drogue, c'est un stylo qui est utilisé en Suisse, c'est un produit suisse d'ailleurs. C'est à un colloque à Strasbourg l'année dernière, que nous avons eu connaissance de ce type de stylo.

Après on a d'autres échanges aussi parfois un peu plus organisationnels ou fonctionnels : comment gérer l'équipe, comment gérer une équipe de plus en plus large, avec des formations différentes, comment éviter l'épuisement professionnel. On s'échange un peu des suggestions, on voit un peu comment il fonctionne chez l'un et l'autre, puis on prend des idées, on offre nos idées. Enfin voilà, il y a des échanges.

Donc il y a beaucoup de collaboration entre toutes les salles.

Oui, oui, et alors comme on est aussi, non seulement dans le groupe francophone, mais qu'on fait aussi partie d'un groupe organisé par la Fédération Addiction en France. On était d'ailleurs à Paris il y a deux mois. Ça regroupe aussi des prestataires, des personnes et des institutions qui ont déjà ce qu'on appelle des « haltes soins-addictions ». Donc là, dans les villes telles que Bordeaux, Lyon, Lille, Marseille, et Paris bien sûr, mais partout en France, il y a ce type d'institutions, mais il n'y a pas encore de salles de consommation. Plusieurs d'entre eux ont déjà essayé, étaient sur le point d'ouvrir leurs portes, mais ont fait face à un veto, d'une personne ou deux au niveau du collège échevinal. C'était souvent politique. Donc, là où ça coïncait, les échanges comme on a pu avoir à Paris nous permettait de leur dire comment peut-être argumenter mieux par rapport aux autorités politiques, parler de l'inhalation, pourquoi est-ce que c'est important, ... Nous, on considère ça comme une offre primordiale à côté de l'injection, c'est d'avoir aussi une salle d'inhalation pour permettre aussi d'atteindre ce type de bénéficiaires-là, de consommateurs. Il y a pas mal de choses qu'on peut échanger à ce niveau-là.

Je voulais juste revenir sur la structure que vous allez créer pour les femmes. Est-ce que vous avez d'autres besoins pour le futur, ou d'autres choses/dispositifs que vous aimeriez mettre en place ?

Le projet que nous avons, c'est d'agrandir aussi parce que ce sont des containers qui datent de 2012. Mais à l'époque, on était à la moitié du personnel qu'on a aujourd'hui, les horaires d'ouverture n'étaient pas aussi élargis ou aussi larges qu'aujourd'hui, le service médical n'avait pas autant de personnel non plus, on n'avait pas autant d'offres, donc là on est vraiment à la limite.

Donc on va se concentrer sur la structure pour femmes. Et, l'étape suivante, ce sera un autre bâtiment, peut-être plus fixe aussi, parce que ça reste des containers ici, c'est quelque chose de modulaire, un peu le container qu'on trouve sur les chantiers. C'est un autre projet à long terme. Ça prendra des années bien sûr, mais l'idée c'est de s'agrandir, et alors de nous baser sur notre expérience : qu'est-ce qui fonctionnait bien mais aussi qu'est-ce qui ne fonctionnait pas bien par rapport à nos locaux actuels ? et donc mieux planifier ça pour le futur. C'est un peu notre projet à long terme, après la structure pour femmes ici.

Et alors au niveau de l'opposition politique, est-ce que vous avez régulièrement des politiques qui sont contre votre salle, ou bien au contraire, ça se passe assez paisiblement ?

Là, je dois dire, on a une très bonne relation avec les autorités. Nous sommes tributaires du ministère de la Santé, donc c'est ce ministère qui finance à 80% le fonctionnement de la structure ici. Le reste, c'est la ville de Luxembourg, sur le territoire duquel nous sommes, qui subventionne.

La semaine dernière par exemple, notre directrice est allée avec le directeur du comité national de défense sociale, qui est donc l'association qui nous chapeaute, dont je parlais au tout début. Ils sont allés chez la ministre de la Santé, qui, elle, était déjà venue, début de l'année, en visite avec d'autres personnes venant d'Allemagne, pour connaître un peu la structure. Donc, on a régulièrement, enfin régulièrement, pas tous les mois, mais on a la ministre de la Santé ou alors un coordinateur de drogue du ministère de la Santé, qui vient ici régulièrement. Certains passent même une journée d'observation ici, pour mieux comprendre le fonctionnement, les défis, etc. Donc on a des échanges assez réguliers à différents niveaux. Ici avec la ministre de la Santé, c'était par hasard la semaine dernière, où là, on a pu échanger sur les prochains projets, donc je parlais tout à l'heure de la structure pour femmes et du drug check.

On a assez régulièrement des contacts avec ces autres qui viennent aussi régulièrement sur place, en effet, pour faire un point sur la situation, sur les projets, sur les difficultés. Des représentants du ministère et de la Ville sont toujours là lorsqu'on se réunit, comme je disais, 2-3 fois par an, dans le groupe de travail. C'est une collaboration assez tenue.

Je dois dire aussi qu'à Luxembourg, c'est un petit pays, donc il est beaucoup plus facile de se déplacer, de plus qu'on est en ville, on utilise le tram. La ministre met 5 minutes en tram pour venir. C'est un autre contexte ici aussi, ça aide beaucoup.

Merci beaucoup pour toutes vos réponses. Je ne sais pas si vous auriez envie d'ajouter quelque chose ?

Pour beaucoup de personnes qui n'ont pas jamais vraiment eu l'occasion, là vous êtes vraiment dans le sujet maintenant, vous êtes documentée...C'est ce que je dis à la plupart des personnes, et aussi les voisinages. On parlait tout à l'heure de la crainte, etc. Nous, nous les invitons à venir, on a beaucoup de gens qui viennent, souvent des partenaires ou des stagiaires d'autres institutions qui travaillent dans le secteur, qui viennent aussi pour voir, pour faire une journée d'observation. Alors on leur propose parfois aussi une visite et des explications, un peu ce que je vous ai expliqué au téléphone aussi. On invite tout le monde, on invite chacun à venir nous rendre visite, et comprendre la problématique ici, et mieux la comprendre aussi. Pour mieux la comprendre et moins l'appréhender. Voilà, parce que l'ambiance ici, l'atmosphère reste positive en grande partie. Si on se déplace en bas, au niveau du café, au niveau de la salle de consommation, l'atmosphère reste respectueuse et calme en fait. Et là, les personnes de l'extérieur ne se rendent pas compte que ça se passe comme ça à l'intérieur, elles pensent que c'est l'anarchie, alors que ce n'est pas le cas.

Luxembourg, le.....

Convention d'utilisation de la SCT No°.....

Convention d'utilisation entre.....(organisme gestionnaire)

et.....(client/cliente)

représenté(e) par.....(membre du personnel)

Le client/la cliente s'engage à accepter et à respecter les règles suivantes :

1. Je respecte le règlement d'ordre intérieur affiché dans les locaux de la structure.
2. Je confirme que
 - a. j'ai une expérience de pratique de consommation intraveineuse (c.-à-d. : je ne suis pas un consommateur « nouveau » -occasionnel -ou non i.v.) et je m'injecte actuellement des drogues par voie intraveineuse
 - b. je suis majeur(e)
 - c. je ne participe pas à un traitement médical de substitution.
3. Je suis responsable (à mes risques !) de l'utilisation des drogues.
4. J'accepte les consignes des membres du personnel de la SCT (p.ex. liste d'attente, refus pour cause d'intoxication aiguë, quitter la SCT en cas d'urgence).
5. Je sais que l'entrée à la SCT m'est refusé si je suis fortement alcoolisé(e)/drogué(e).
6. Je ne détiens au sein de la structure et aux environs immédiats¹⁰ que des drogues pour consommation personnelle.
7. Je n'achète, ne quémande et ne vends ou n'offre pas de drogues illégales et pas de produits de substitution (par exemple des médicaments) au sein de la SCT, dans l'établissement et dans les environs immédiats de la SCT, du moins pendant les heures d'ouverture et lors de la phase imminente d'ouverture et de fermeture.
8. J'omets tout vol ou tout recèlement au sein de la SCT et dans l'établissement.
9. Je suis conscient(e) que la consommation de drogues (également d'alcool et de joints) est interdite à l'extérieur de la SCT et à l'intérieur de la structure.
10. J'ai été informé(e) que je peux obtenir de des informations médicales, de soins, sociaux-professionnelles et des consultations par rapport au « safer use », safer sex et aux services d'aide aux toxicomanes. Si je le souhaite, je peux être orienté vers des offres d'aide complémentaires (consultations en rapport à la toxico-dépendance, logement encadré,...).

¹⁰ «aux environs immédiats» signifie: autour du container

11. Je donne mon accord pour la collecte de données sur ma personne. J'accepte qu'une photo soit prise par le personnel de la SCT afin qu'il soit en mesure de m'identifier clairement.
Les données sont soumises à la protection des données et seront traitées statistiquement de manière anonyme. Les membres du personnel de la SCT sont soumis au secret professionnel.

La convention d'utilisation est valable aussi longtemps que le/la client(e) ne se trouve pas en traitement médical de substitution.

Les manquements à la réglementation d'utilisation peuvent impliquer une interdiction d'accès immédiate et éventuellement aussi durable ou permanente.

J'ai lu et compris les conditions d'utilisation, je m'engage à les respecter et je signe la présente convention d'utilisation.

.....
Signature client/cliente

.....
Signature du membre du personnel

Liste de vérification pour les membres du personnel :

- ☐ Tous les points mentionnés ci-dessus ont été discutés individuellement.
- ☐ Le client/la cliente les a compris et accepté.
- ☐ Le client/la cliente a pu être identifié(e).
- ☐ Le client/la cliente remplit les critères d'admission.

.

* A., ORIGER, *Concept de fonctionnement de salles de consommation pour toxicomanes*, Luxembourg, ministère de la Santé, 2005, pp. 33-34.

