

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

# **La mise en place d'une salle de consommation à moindre risque**

**Analyse comparative socio-politique entre Liège et  
Bruxelles**

Auteur : Jonas DE BRABANTER  
Promoteur : Martin WAGENER  
Lecteur(s) : Chloé DELTOUR & Sébastien ALEXANDRE  
Année académique 2018-2019  
Master en politique économique et sociale



**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication**

# **La mise en place d'une salle de consommation à moindre risque**

Analyse comparative socio-politique entre Liège et  
Bruxelles

Auteur : Jonas DE BRABANTER  
Promoteur : Martin WAGENER  
Lecteur(s) : Chloé DELTOUR & Sébastien ALEXANDRE  
Année académique 2018-2019  
Master en politique économique et sociale

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier les membres de ma commission mémoire, Martin Wagener, Sébastien Alexandre et Chloé Deltour pour leur accompagnement, leur disponibilité, leur compréhension, leur simplicité, leur professionnalisme et leurs conseils avisés.

Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir pour répondre à mes questions et me parler de leur travail ou des combats qu'ils mènent, je pense notamment à Dominique Delhauteur, Julien Uyttendaele, Philippe Bollette, Pascale Hensgens, Kris Meurant et les autres. Je remercie également Sabine Gilis du centre Nadja et Sciensano pour les documents transmis.

Je veux aussi rendre hommage au plus syndicaliste des patrons, Dany, qui m'a poussé à suivre ses traces en faisant la FOPES et qui fût un appui et un soutien ces 4 années durant. Merci également à Véro pour sa relecture attentive.

Je dois aussi ma réussite à ma mère qui m'a donné de son temps pour que je puisse consacrer le mien à ce travail. Elle a par ailleurs été de précieux conseils, d'un soutien sans faille, une source de motivation inépuisable et une relectrice avisée.

Je tiens à exprimer ma gratitude et mon affection à Nadia, mon épouse, sans qui je n'aurais pu reprendre ce cursus universitaire et qui m'a soutenu tout du long. Je remercie également les deux petites paires d'yeux que je m'émerveille de voir s'émerveiller de tout, qui me donnent la force de me dépasser jour après jour et qui ont dû subir mes nombreuses absences.

Enfin, j'ai une pensée émue pour mes camarades de classe, les fopésiens qui m'ont aidé à forger mon caractère et aiguïser mon esprit critique, avec une pensée spéciale pour Yann, Olivier, Denis, Julie, Karima, Roberto, Sihame, Manu et JP et une pensée très spéciale pour Kevin avec qui une belle amitié est née.

## *Table des matières*

Introduction.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	3
Les problèmes sociaux comme produits d'un processus de définition collective.....	4
I. Introduction .....	4
II. Rupture avec l'approche fonctionnaliste .....	6
III. L'interactionnisme symbolique .....	8
IV. Les 5 étapes de la carrière publique d'un problème social.....	9
a. L'émergence des problèmes sociaux :.....	9
b. La légitimation des problèmes sociaux .....	10
c. La mobilisation de l'action .....	11
d. La formation d'un plan d'action officiel .....	12
e. La mise en place concrète du plan d'action.....	12
V. De l'application du cadre théorique.....	13
VI. Recueil de données .....	14
MISE EN CONTEXTE.....	15
I. Salles de consommation à moindre risque – définition et objectifs.....	16
II. Historique – contexte social et culturel .....	18
III. Contexte international.....	24
IV. Contexte politique et législatif.....	25
V. Questions éthiques soulevées par l'ouverture d'une SCMR .....	32
PARTIE EMPIRIQUE.....	34
I. Introduction .....	35
II. Question de recherche : .....	35

La mise en place d'une salle de consommation à moindre risque – analyse socio-politique comparative entre Liège et Bruxelles .....	37
I. Analyse de la ville de Liège .....	37
a. Introduction .....	37
b. Personnes rencontrées à Liège.....	38
c. L'émergence des problèmes sociaux.....	39
d. La légitimation des problèmes sociaux .....	40
e. La mobilisation de l'action .....	41
f. La formation d'un plan d'action officiel .....	44
g. La mise en place concrète du plan d'action.....	45
II. Analyse de la Région de Bruxelles-Capitale .....	49
a. Introduction .....	49
b. Personnes rencontrées à Bruxelles .....	49
c. L'émergence des problèmes sociaux.....	50
d. La légitimation des problèmes sociaux .....	51
e. La mobilisation de l'action .....	51
f. La formation d'un plan d'action officiel .....	54
g. La mise en place concrète du plan d'action.....	63
III. Perspectives d'avenir .....	63
Limites du mémoire et pistes pour aller plus loin .....	67
Conclusion .....	68
Index des sigles utilisés .....	71
Bibliographie.....	73
I. Articles scientifiques :.....	73
II. Revues spécialisées : .....	75
III. Livres :.....	75
IV. Textes légaux ou législatifs : .....	75

V.	Documents issus d'institutions publiques : .....	77
VI.	Mémoires et travaux de fin d'études : .....	77
VII.	Sites web :.....	78
VIII.	Autres :.....	78
ANNEXE	.....	79
Guide d'entretien.....		80

# Introduction

Dans le présent travail, nous nous attellerons à comparer la Ville de Liège et la Région de Bruxelles Capitale quant à la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque (SCMR).

Nous partons du principe que l'action publique n'est pas le fait de l'Etat mais d'une multitude d'acteurs en interaction, et que les représentations d'un « problème social » vont indéniablement influencer sur la manière dont il sera pris en charge. C'est pourquoi nous avons choisi d'utiliser les 5 étapes de la carrière publique d'un problème social, avancées par Herbert Blumer, comme grille d'analyse. Ce choix méthodologique nous a naturellement poussés à aller rencontrer des acteurs-clé dans la mise en place d'une SCMR à Liège et à Bruxelles.

Nous tenterons de définir ce qu'est une salle de consommation à moindre risque et de situer ce dispositif dans un contexte historique, social, politique, législatif et international. Nous évoquerons également les questions éthiques soulevées par ce dispositif.

Nous verrons ensuite comment et pourquoi Liège a déjà pu ouvrir une salle de consommation alors que le projet demeure illégal encore aujourd'hui. Nous parcourrons pour ce faire l'histoire de la Réduction des Risques à Liège et nous analyserons les différentes étapes qui ont permis son ouverture. Nous nous pencherons ensuite sur le projet à proprement parler.

Nous poursuivrons avec une analyse similaire pour la Région bruxelloise, même si le projet n'a pas encore abouti, mais nous verrons que le processus est lancé, tant au niveau politique qu'associatif. Nous verrons qui sont les acteurs impliqués, ce qui bloque ou permet sa réalisation concrète.

Nous tenterons de voir quelles sont les perspectives d'évolution des deux projets et de la politique drogue au sein des deux territorialités, ainsi qu'au niveau national.

Dans le présent travail, nous avons pris le parti de ne pas proscrire les termes « toxicomane » ou « toxicomanie », bien qu'ils soient de plus en plus connotés négativement et contestés et ce, par souci de pragmatisme, mais en gardant loin de nous l'idée de réduire les personnes dépendantes à leur assuétude.

# **PARTIE THEORIQUE**

# Les problèmes sociaux comme produits d'un processus de définition collective

## I. Introduction

Afin de pouvoir analyser les villes de Liège et Bruxelles quant à la mise en place d'une SCMR, il nous a fallu choisir un cadre théorique. Nous pouvions soit opter pour une approche top – down, comme le présentent Lascoumes et Le Galès<sup>1</sup>, qui consiste à étudier une politique publique en partant des décisions politiques et en se penchant sur les effets que cela produit ; soit opter pour une approche bottom – up, dite de l'action publique, qui s'intéresse à toutes les parties prenantes influençant l'action publique, le politique n'étant qu'un élément parmi d'autres. Lascoumes et Le Galès présentent ces deux approches comme suit :

*« Dans la science politique, les politiques publiques n'étaient qu'un élément de réflexion marginal sur le politique, et les quelques travaux marxistes donnaient une image très intégrée et assez fonctionnaliste de l'Etat et des politiques publiques. Dans cette perspective, on raisonne top down (par le haut) pour montrer les décisions centrales et leurs effets. »<sup>2</sup>*

*« La seconde perspective est portée par les sociologues qui étudient les individus en interaction, les échanges, les mécanismes de coordination, la formation de groupes, le jeu des normes, les conflits. Elle est particulièrement attentive aux facteurs de changement, aux groupes d'intérêt et aux mouvements sociaux qui sont de puissants acteurs de transformation des politiques publiques et de contestation de l'ordre politique. Le plus souvent l'Etat, les acteurs publics et leurs décisions ne sont qu'un facteur parmi d'autres. [...] Il s'agit d'une sociologie de l'action collective au sein des organisations et des réseaux publics ou privés. Elle privilégie les raisonnements bottom up (par le bas) partant des modes d'échange et d'agrégation entre acteurs individuels et collectifs. »<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> LASCOUMES P. & LE GALES P., « *Sociologie de l'action publique* ». Paris, A. Colin, 2010, p. 15

<sup>2</sup> LASCOUMES P. & LE GALES P., *op cit.*, p. 14

<sup>3</sup> LASCOUMES P. & LE GALES P., *Idem*, p. 15

Au vu de notre objet d'étude, de la complexité institutionnelle belge, du poids de la concertation sociale, de la société civile et des secteurs professionnels, du type de comparaison que nous voulons effectuer et de nos affinités intellectuelles, nous avons opté pour la seconde approche.

Nous avons alors décidé de prendre l'interactionnisme symbolique comme cadre de référence théorique, qui peut être pensé en lien avec le courant néo-institutionnaliste<sup>4</sup>.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux travaux de Herbert Blumer<sup>5</sup> – considéré comme le père fondateur de l'interactionnisme symbolique – qui estime que les problèmes sociaux sont le produit d'un processus de définition collective et non comme des faits indépendants de toute interprétation.

Avant d'explicitier plus avant la thèse qu'il soutient et la manière dont il l'argumente, nous estimons pertinent de resituer historiquement et contextuellement l'auteur, son œuvre et son apport au sein de la communauté scientifique. Pour ce faire, nous nous baserons principalement sur un texte de LACAZE<sup>6</sup> qui tente de revisiter l'œuvre de Blumer, sur l'introduction d'une traduction de Blumer par RIOT<sup>7</sup> et sur un article de MAYER et LAFOREST<sup>8</sup> sur le concept de Problème social.

Herbert Blumer est issu d'une famille d'origine allemande installée aux Etats-Unis. Il naît en 1900 dans le Missouri et vit jusqu'en 1987. Il obtient un doctorat en sociologie à l'université de Chicago en 1926. Il est considéré comme un des successeurs de Mead, dont il fût le disciple. A cette époque règnent, dans le champ de la psychologie sociale et de la sociologie, les paradigmes behavioristes et instinctivistes ; Blumer sera de ceux qui défendent l'interactionnisme symbolique et participera à la « deuxième école de Chicago ». Il dispensera des cours à l'Université de Chicago de 1928 à 1952, puis à celle de Berkeley de 1952 à 1967. C'est à ce moment qu'il prendra sa retraite. Blumer estime que « *si l'on veut comprendre, expliquer les problèmes sociaux, un changement conceptuel est nécessaire. [...]* »

---

<sup>4</sup> DI MAGGIO P. & POWELL W., « *Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations* ». Politix, vol. 10, n°240, 1997, « Les sciences du politique aux Etats-Unis. I. Histoire et paradigmes », pp. 113 – 154.

HALL P. & TAYLOR R., « *La science politique et les trois néo-institutionnalismes* ». Revue française de science politique, n°3-4, 1997, pp. 469 – 496.

<sup>5</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), « *Les problèmes sociaux comme comportements collectifs* ». Politix, vol. 17, n°67, 2004, « Trajectoires de la notabilité. II. Production et reproduction », pp. 185 – 199.

<sup>6</sup> LACAZE L., « *L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité* ». Sociétés, vol. 121, no. 3, 2013, pp. 41-52.

<sup>7</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), *art. cit.*, pp. 185 – 199.

<sup>8</sup> MAYER R. & LAFOREST M., « *Problème social : le concept et les principales écoles théoriques* ». Service social, vol. 39, n°2, 1990, pp. 13 – 43.

*En effet, les approches traditionnelles sont le reflet d'une « grossière incompréhension de la nature des problèmes sociaux » qu'il définit comme « les produits d'un processus collectif de définition »<sup>9</sup>. Nous reviendrons à cette définition par la suite.*

## **II. Rupture avec l'approche fonctionnaliste**

Tentons de comprendre plus avant les critiques qu'il formule à l'égard des approches traditionnelles, notamment l'approche fonctionnaliste qui, « *simplifiée à l'extrême, conçoit la société comme un être vivant, un organisme dont le tout et les parties sont solidaires. Chaque organe doit remplir sa fonction par rapport au tout organique* »<sup>10</sup>. De ce fait, les dysfonctionnements, la désorganisation, la déviance, sont à rechercher parmi les individus ou les groupes qui refusent ou ignorent – consciemment ou inconsciemment – les lois et / ou les règles sociales. En d'autres termes, il existerait un ordre établi et objectif duquel certaines personnes ou certains groupes s'écartent, sortant ainsi de la norme. « *Pour les fonctionnalistes, le problème social est avant tout un problème de socialisation* »<sup>11</sup>.

Blumer – quant à lui – « *met au centre de l'analyse des problèmes sociaux les définitions publiques de ces problèmes et leurs évolutions dans le temps* »<sup>12</sup>. Dès lors, les problèmes sociaux ne sont ni objectifs, ni figés dans le temps mais sont déterminés par la définition publique que les différents acteurs en donnent au sein d'une société donnée, à un moment donné. Cela signifie également qu'un fait social pourrait être défini comme un problème social dans une société et non dans une autre, ou qu'au sein d'une même société, un fait social peut acquérir le statut de problème social à une époque et le perdre à une autre – ou inversement.

Il oppose 3 arguments majeurs à l'approche fonctionnaliste évoquée ci-dessus pour en montrer ses limites ou méprises.

Premièrement, elle ne permet, selon lui, « *de discerner les problèmes sociaux qu'une fois ceux-ci reconnus comme des problèmes par et dans la société* »<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> MAYER R. & LAFOREST M., *art. cit.*, p. 18

<sup>10</sup> MAYER R. & LAFOREST M., *Idem*, p. 26

<sup>11</sup> MAYER R. & LAFOREST M., *Ibidem*, p. 28

<sup>12</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), *Idem*, p. 188

<sup>13</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), *Ibidem*, p. 190

Il ajoute que les sociologues « classiques » ne peuvent se pencher que sur des éléments présents dans le débat de l'opinion publique pour identifier les problèmes sociaux. De ce fait, ils sont impuissants « *pour détecter ou identifier les problèmes sociaux* »<sup>14</sup> avant que ceux-ci ne « surgissent ».

Deuxièmement, il réfute l'idée qu'un problème puisse exister essentiellement ou objectivement. Selon lui, « *c'est la définition que la société donne à telle ou telle situation sociale et non une version arrêtée de cette situation qui détermine si celle-ci existe comme problème social. Cette définition sociétale prépare la manière dont les problèmes sociaux sont appréhendés et détermine ensuite ce qui est fait à leur sujet* »<sup>15</sup>.

Sa troisième critique consiste à démentir l'assertion selon laquelle « *les conclusions de l'étude objective des problèmes devraient permettre un traitement efficace de ceux-ci* »<sup>16</sup> car une société n'agit pas ainsi vis-à-vis des problèmes sociaux, étant donné qu'ils sont des « *points d'attention sur lesquels interviennent des intérêts divergents et conflictuels, des projets et des objectifs variés* »<sup>17</sup>.

Nous devons bien admettre, au vu de ces éléments, qu'un « problème social » ne l'est que parce qu'il est reconnu comme tel dans une société. Il existe assurément des faits sociaux ou des choses (au sens sociologique du terme), qui ne sont pas détectées comme un problème social mais qui le seront probablement dans le futur, ou qui l'étaient dans le passé. Enfin la réponse que l'on donne à un problème identifié ne peut être envisagée autrement que dans son contexte d'existence et de définition. Prenons l'exemple de la révolution française : c'est au moment où le peuple s'est soulevé contre l'oppression et l'omnipotence royale que ces problèmes ont surgi de « nulle part ». Ce soulèvement a dû redéfinir les questions de gouvernance et cela s'est produit au prix de nombreuses vies. Enfin, on peut tout à fait considérer un autre type de régime démocratique que celui adopté par la France d'autrefois pour répondre à cette question de l'oppression du peuple. A vrai dire, il existe autant de régimes démocratiques qu'il existe de démocraties.

---

<sup>14</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 191

<sup>15</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 192

<sup>16</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 192

<sup>17</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 193

### **III. L'interactionnisme symbolique**

Maintenant que nous nous sommes penchés sur le contexte d'émergence de l'interactionnisme symbolique et les critiques émises par Blumer à l'approche fonctionnaliste, nous allons nous intéresser à cette doctrine en tant que telle et aux idées défendues par Blumer.

Comme nous l'indiquions précédemment, le néologisme « interactionnisme symbolique » sera utilisé pour la première fois par Blumer en 1937 dans un article intitulé « Social Psychology ». Il s'agit avant tout de définir ce concept.

Voici l'explication de l'adjonction de ces deux termes qui nous est donnée par Mourant : « *interactionnisme parce que la réalité sociale est considérée comme étant formée d'une multitude de petites interactions concrètes entre des personnes ; symbolique parce que le langage abstrait de ces interactions leur donne une signification* »<sup>18</sup>.

« *L'interactionnisme symbolique repose principalement sur 3 propositions :*

1. *L'être humain agit sur les choses à partir des significations que ces choses ont pour lui*
2. *Le sens de ces choses dérive de l'interaction sociale qu'il a avec elles*
3. *Ces significations se modifient à travers un processus d'interprétation développé entre pairs* »<sup>19</sup>

Comme nous le constatons, pour Blumer et ses pairs, non seulement les problèmes sociaux ne peuvent pas objectivement être considérés comme tels, mais au-delà de ça, ils ne sont le fruit que d'une définition collective qui résulte des interactions des différentes parties prenantes et d'un jeu d'acteurs qui sous-entend aussi des luttes d'influence, des jeux de pouvoir en raison de la poursuite d'intérêts divergents. De ce fait et dans cette optique, « *le déviant ou le délinquant est un « construit social* »<sup>20</sup> et il est nécessaire avant tout de comprendre les mécanismes complexes qui l'amènent à être désigné comme déviant. Il s'agit là d'un changement radical avec la conception fonctionnaliste de la déviance évoquée précédemment.

---

<sup>18</sup> MOURANT F., « *Déviance et délinquance : une revue des notions* ». Service social, vol. 33, n°2-3, 1984, p. 156.

<sup>19</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, pp. 187 – 188

<sup>20</sup> MAYER R. & LAFOREST M., Ibidem, p. 33

Dans cette nouvelle approche, il nous faut alors comprendre ces jeux d'acteurs, ces interactions. En effet, « *ce qu'il importe de découvrir par l'analyse des problèmes sociaux, ce sont les forces sociales qui sont productrices de sens. [...] Même si la misère humaine a des fondements réels, l'importance accordée à tel ou tel problème particulier, de même que les représentations qui l'entourent, dépend des individus qui ont réussi à imposer leur définition du problème dans un contexte social donné* »<sup>21</sup>.

#### **IV. Les 5 étapes de la carrière publique d'un problème social**

Au vu de l'ampleur de la tâche que constitue alors l'analyse d'un problème social, il faut tenter d'être méthodique. Fort heureusement, Blumer « *définit 5 étapes dans la carrière publique de ces problèmes : la phase d'émergence et la phase de légitimation publique de ces problèmes, la mobilisation sociale qu'ils suscitent, les intérêts variés inhérents à la définition de leur traitement, enfin, la transformation de ces plans d'action dans leur mise en œuvre sur le terrain* »<sup>22</sup>.

Nous utiliserons ces différentes étapes pour structurer la partie empirique du présent travail en comparant l'évolution du projet d'ouverture d'une salle de consommation à moindres risques au sein de la Ville de Liège et de la Région de Bruxelles-Capitale. Nous y ajouterons une sixième étape relative aux perspectives d'avenir quant à cette question sur les deux territoires.

Commençons d'abord par expliciter plus avant chacune de ces étapes.

##### ***a. L'émergence des problèmes sociaux :***

Blumer part du principe que si une société n'a pas conscience d'un problème social, qu'elle ne le perçoit pas, par définition, elle ne va pas s'y intéresser, l'aborder et tenter de le traiter.

Si l'on pense à des grandes questions éthiques telles que l'esclavage, le travail des enfants ou l'inégalité des sexes – qui sont aujourd'hui largement considérées comme des problèmes à dépasser dans les sociétés occidentales, force est de constater qu'elles n'ont pas toujours eu cette place. Elles n'ont d'ailleurs pas toujours été considérées comme problématiques. Aristote, dans la Grèce antique, justifiait l'esclavage en estimant que cela laissait plus de temps aux citoyens athéniens pour penser et réfléchir.

---

<sup>21</sup> MAYER R. & LAFOREST M., Ibidem, p. 34

<sup>22</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 189

La notion même de liberté dans la Grèce antique était bien différente de celle que l'on connaît aujourd'hui dans les sociétés modernes. Là où les athéniens défendaient corps et âme une liberté collective, nous nous battons aujourd'hui pour garantir nos libertés individuelles. Cela montre à quel point le sens qu'on donne aux choses, au sens sociologique du terme, n'est que la somme des construits sociaux dépendants de l'interprétation commune.

Blumer estime en outre que « *la reconnaissance des problèmes sociaux par une société est un processus hautement sélectif* »<sup>23</sup>. En effet, les « faits sociaux » pouvant être considérés comme problématiques sont légion et l'auteur parle d'une compétition redoutable entre eux pour parvenir à sortir de l'ombre et être socialement reconnus. Il estime que c'est l'agitation sociale qui va en amener certains à exister au sein de la société.

*« Le poids de groupes d'intérêts cherchant à atténuer la visibilité naissante de ce problème ; le rôle d'autres groupes qui entrevoient au contraire des bénéfices matériels dans cette reconnaissance (c'est le cas, par exemple, de la police avec les problèmes actuels de crime et de drogue) ; le rôle de figures politiques qui fomentent des affaires en affectant d'être touchés par le problème, le rôle d'organisations et de corporations puissantes qui agissent avec les mêmes calculs que les politiques ; l'impuissance de petits groupes qui ne parviennent pas à attirer l'attention sur ce qu'ils croient être la définition du problème ; l'importance des médias de masse dans la sélection des problèmes sociaux en général ; enfin, l'influence d'événements fortuits susceptibles de choquer la sensibilité publique »*<sup>24</sup>.

### ***b. La légitimation des problèmes sociaux***

Tous ces éléments vont permettre, à un moment donné, qu'un problème social soit reconnu par la société. C'est cette reconnaissance qui va le rendre légitime.

*« Cela peut paraître étrange de parler de recherche de légitimité à propos des problèmes sociaux. Pourtant, après avoir été reconnu initialement, un problème social doit acquérir une reconnaissance spécifique si l'on veut prendre sa carrière sérieusement en main et la faire avancer. Pour être considéré dans les arènes de la discussion publique, le problème doit gagner un certain degré de respectabilité.*

---

<sup>23</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 194

<sup>24</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, pp. 194-195

*Dans notre société, ces arènes publiques sont la presse et d'autres médias de communication, l'église, l'école, des organisations civiques, les chambres législatives et les divers lieux d'assemblées bureaucratiques »<sup>25</sup>*

Il faut, en quelque sorte, une reconnaissance publique de la gravité suffisante du problème pour qu'on s'y attarde, qu'on en débattre et tente d'y trouver des solutions. Il ne s'agit pas simplement qu'un groupe restreint crie au scandale, il faut encore que cela soit reconnu comme tel dans les différentes arènes. On pourrait dire, en quelque sorte, que les différentes marches pour le climat du jeudi effectuées par les jeunes contribuent à donner à ce problème social une légitimité plus grande que celle qu'il avait auparavant.

### ***c. La mobilisation de l'action***

L'étape suivante consistera à imaginer des réponses pragmatiques au problème qui aura été identifié et légitimé.

*« Si un problème social parvient à passer les étapes de la reconnaissance et de la légitimation sociales, il entre dans une nouvelle phase de sa carrière. Il devient un objet de discussion, de controverse, de descriptions divergentes et de revendications diverses. Ceux qui cherchent à changer des éléments du problème se confrontent à ceux qui s'efforcent de préserver leurs intérêts dans la configuration de ce problème. [...] Tout ceci constitue une mobilisation de la société pour agir sur le problème »<sup>26</sup>*

De plus en plus, dans les différentes arènes, les différents acteurs vont prêcher pour leur paroisse, évaluer la situation, argumenter et démonter les arguments de leurs opposants, faire des propositions d'actions à entreprendre.

C'est une étape primordiale de la carrière d'un problème social, car celui-ci va être redéfini en fonction des arènes dans lesquelles il est débattu, des plaidoyers des différentes parties prenantes, des sentiments qu'il éveille en chacun, des différents enjeux dont il est question, notamment en termes de pouvoir ou de rapports de force.

---

<sup>25</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 195

<sup>26</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 196

#### **d. La formation d'un plan d'action officiel**

Une fois les intérêts déterminés, les pouvoirs exécutifs et/ou législatifs vont mettre en place un plan d'action pour y répondre.

*« Cette phase de la carrière des problèmes sociaux correspond à la manière dont une société prend position pour agir sur un problème particulier. Elle consiste au martelage d'un plan d'action officiel auquel prennent part l'exécutif et les assemblées législatives de la société. [...] Le plan d'action officiel constitue en soi la définition officielle du problème, en ce sens qu'il correspond à la façon dont la société a finalement perçu et cherché à traiter le problème à travers ses organisations officielles. »<sup>27</sup>*

Etant donné les intérêts divergents des parties qui prennent position vis-à-vis d'un problème social, la formation d'un plan d'action résulte presque systématiquement de coalitions, de compromis ou d'arrangements négociés. Ces négociations contribuent également à la (re)définition d'un problème social, qui n'est bien souvent plus du tout perçu de la même manière qu'au moment de son émergence.

#### **e. La mise en place concrète du plan d'action**

Cette dernière étape présentée par Blumer correspond à la mise en acte du plan d'action formulé préalablement.

*« Prétendre qu'un plan d'action officiel et son application sur le terrain sont deux choses identiques revient à ne pas regarder les faits en face. Dans une certaine mesure, mais fréquemment à un degré important, le plan d'action est modifié, déformé et refaçonné dans sa mise en œuvre concrète, de telle sorte qu'il prend finalement une forme inattendue. Il faut s'attendre à cela. En effet, la mise en œuvre d'un plan d'action nous fait entrer dans un nouveau processus de définition collective. »<sup>28</sup>*

L'opérateur du plan d'action va tenter de maximiser sa chance et d'étendre ses opportunités, tandis que les détracteurs vont tenter d'en restreindre la portée. Ces nouvelles luttes de pouvoir au moment de la mise en œuvre amènent inmanquablement à réaménager le plan d'action lui-même et à revoir ou faire évoluer la définition collective donnée au problème social.

---

<sup>27</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, p. 197

<sup>28</sup> BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), Ibidem, pp. 197-198

## V. De l'application du cadre théorique

Dans la partie empirique, nous allons tenter de comparer les processus qui sous-tendent la mise en place d'une SCMR à Liège et à Bruxelles. Pour ce faire, au sein des deux territoires retenus, nous allons essayer d'identifier les 5 étapes – définies par Blumer – de la carrière de ce dispositif. Nous tenterons également de voir à quel problème social cela tente de répondre, qui sont les parties prenantes et quels sont les différents enjeux en présence. Enfin, nous ajouterons une sixième étape relative aux perspectives d'avenir, c'est-à-dire aux possibilités qui existent pour chacune des deux entités, ou pour le territoire national, de faire évoluer cette politique publique.

Les modèles séquentiels d'analyse de l'action publique se sont vus opposer un certain nombre de critiques. Nous retiendrons ici l'une d'entre elles, même si elle n'a pas été adressée directement aux étapes identifiées par Blumer, nous pensons néanmoins qu'elle reste bien à propos. Hassenteufel<sup>29</sup> relève que, bien souvent, l'action publique n'est pas un processus linéaire mais plutôt circulaire. En outre, les étapes – ou les séquences – sont souvent enchevêtrées entre elles et en interdépendance avec d'autres politiques publiques, elles-mêmes parfois à d'autres étapes de leur construction.

*« Les politiques publiques sont plus un processus décisionnel complexe et circulaire qu'un enchaînement linéaire de séquences, d'autant plus que la succession des séquences est loin d'être systématique. [...] Les politiques publiques sont probablement décrites de façon plus pertinente comme un flux continu de séquences enchevêtrées. Elles ne sont pas centrées sur une mesure, comme le met en avant le modèle séquentiel, mais correspondent plutôt à un processus circulaire combinant de façon plus ou moins aléatoire de multiples mesures et de non-décisions qui interagissent entre elles à différents niveaux »<sup>30</sup>*

Nous tenterons de tenir compte de cet écueil durant l'analyse des deux espaces territoriaux dans la partie empirique du présent travail.

---

<sup>29</sup> HASSENTEUFEL P., « Sociologie politique : l'action publique ». Paris, A. Colin, « U », 2011, 320 p.

<sup>30</sup> HASSENTEUFEL P., op. cit., p. 35.

## **VI. Recueil de données**

Dans notre analyse, nous utiliserons un certain nombre de documents légaux, thématiques et méthodologiques. Une bibliographie des sources les plus pertinentes se trouve à la fin du mémoire. Nous avons aussi procédé à un certain nombre d'entretiens semi-directifs à Liège et à Bruxelles afin d'obtenir des informations auprès des personnes concernées par le processus de mise en place d'une salle de consommation à moindre risque.

Nous avons dès lors décidé d'interroger des personnalités politiques, des acteurs de terrain œuvrant en réduction des risques, les opérateurs, effectifs et présumés, des salles de consommation à moindre risque et les responsables des fédérations des institutions actives dans la prise en charge de la toxicomanie. Dans la partie empirique, nous présenterons plus avant les personnes ayant été interviewées et les raisons qui nous ont poussé à ce choix.

Afin d'obtenir un maximum d'informations pertinentes, nous avons établi un guide d'entretiens. Cependant, au vu de la diversité des acteurs retenus et au fil de l'avancement du présent travail, nous avons, avant chaque entretien, ciblé différentes questions en fonction de la personne que nous rencontrions et de ses spécificités professionnelles. En annexe se trouve le guide d'entretiens reprenant les différentes questions évoquées avec l'ensemble des acteurs. S'agissant d'entretiens semi-directifs, il est évident que toutes les questions n'ont pas été posées telles quelles, mais il nous importait de veiller à ce que l'ensemble des thématiques puisse être abordé.

Nous avons retranscrit intégralement un des entretiens menés, afin de nous prêter à cet exercice et aussi par intérêt intellectuel. Le choix s'est porté sur un entretien particulièrement riche d'informations. Les autres ont fait l'objet d'un résumé informatif reprenant les éléments les plus pertinents évoqués lors de nos rencontres.

# **MISE EN CONTEXTE**

## **I. Salles de consommation à moindre risque – définition et objectifs**

Si nous voulons nous pencher sur la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque, il s'agit avant tout de définir ce qu'on entend par là. Bien qu'il existe de nombreuses définitions d'une SCMR, beaucoup de caractéristiques reprises dans ces définitions convergent. Nous en avons retenu 3, en raison de leur légitimité auprès du monde politique et associatif.

L'étude Belspo<sup>31</sup> définit les SCMR comme « *des lieux reconnus légalement, offrant un environnement hygiéniquement sûr, où des individus peuvent consommer les drogues qu'ils ont obtenues préalablement, sans jugement moral, et sous la supervision d'un personnel qualifié* »<sup>32</sup>

La Cellule Générale de Politique Drogue (CGPD) donne deux définitions relativement similaires entre elles et à celle de l'étude Belspo :

- « *Endroits spécifiques, utilisés pour une consommation de drogues, dans des conditions d'hygiène optimales, dans un environnement de « non-jugement» et sous la supervision d'une équipe médicalisée (ou formée). Ces drogues sont obtenues au préalable par les usagers.*
- « *Espaces bien déterminés où sous contrôle (médical) des consommateurs de drogues peuvent s'injecter/inhaler des drogues sans intervention des forces de l'ordre. Ces drogues auront été achetées préalablement* »<sup>33</sup>

La troisième définition sera celle retenue par la Fedito bruxelloise dans son dossier d'information relatif aux SCMR :

*« Les SCMR sont des endroits protégés, utilisés pour une consommation, dans des conditions d'hygiène optimales, de drogues obtenues au préalable par des usagers dans un environnement de « non-jugement » et sous la supervision d'une équipe*

---

<sup>31</sup> Etude de faisabilité des salles de consommation à moindre risque en Belgique, commandée par le fédéral aux Universités de Gand et Louvain avant de prendre une décision quant à l'acceptation de cautionner la mise en place de tels dispositifs. Nous y reviendrons par la suite.

<sup>32</sup> VANDER LAENEN F. et al, « *Etude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique – Résumé exécutif* ». Université de Gand et de Louvain, Etude Belspo – résumé exécutif, p. 3

<sup>33</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, « *Salles de consommation à moindres risques – note de synthèse* ». Bruxelles, Octobre 2016, pp. 6 – 7.

*médicalisée (ou formée). Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, intégré dans des stratégies locales qui répondent à un large éventail de besoins individuels et collectifs qui découlent de l'usage de drogues. »<sup>34</sup>*

Toutefois, ces définitions ne sont pas suffisantes pour bien comprendre les enjeux des SCMR. En effet, celles-ci doivent répondre à des critères et des objectifs précis pour s'intégrer dans des stratégies d'action publique œuvrant pour la sécurité, la santé publique, la santé communautaire, ...

Voici comment ces objectifs sont repris par la CGPD :

- 1. « Améliorer l'accès aux soins pour les usagers de drogues les plus vulnérables*
- 2. Favoriser l'inscription dans le circuit de soins et les services socio-sanitaires (orientations)*
- 3. Améliorer leur état de santé et leur bien-être*
- 4. Réduire les pratiques à risque liées à l'usage de drogues via la psychoéducation liée à l'injection (diminuer les risques de transmission de maladies infectieuses (HIV/Hépatite C))*
- 5. Réduire la morbidité et la mortalité parmi les usagers de drogues visés*
- 6. Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics (diminuer la visibilité de l'usage, la criminalité et le nombre de seringues usagées sur la voie publique)*
- 7. Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues (ambulance, urgence, traitements onéreux de l'hépatite, ...)*
- 8. Apporter une réponse locale (souvent décidée par les autorités locales) à des problèmes spécifiques de santé publique »<sup>35</sup>*

Comme nous le voyons, les SCMR ont des objectifs divers mais, bien entendu, liés. Si l'on en revient à ce stade à la théorie de Blumer exposée précédemment, on pourrait se demander à quel problème social répond la mise en place des SCMR.

---

<sup>34</sup> BAUFAY F., « Salles de consommation à moindre risque (SCMR) : Une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multi-factoriel ». FEDITO BXL asbl, Dossier d'information, Décembre 2012, 28 pp. 9 – 10.

<sup>35</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, *art. cit.*, p. 8

Dire qu'il s'agirait de lutter contre le fléau de la drogue serait à notre avis légèrement simpliste, ou en tous cas réducteur, car le problème de la drogue peut se déployer en « sous-problèmes », et les SCMR tentent de répondre à certains d'entre eux. Nous pensons notamment à la sécurité publique, à la santé individuelle des consommateurs, à des questions de santé publique.

Afin de comprendre les enjeux des questions liées à la drogue et à sa prise en charge, nous allons nous atteler à un historique de leur mode d'apparition, de consommation et des réponses qui y ont été données par la société. Commençons donc notre aventure en posant quelques jalons essentiels de la prise en charge de ce qu'on appelle aujourd'hui la toxicomanie.

## II. Historique – contexte social et culturel

Les drogues sont utilisées depuis bien longtemps et dans bien des cultures<sup>36</sup>. Mais elles n'ont pas toujours été réglementées et régulées comme elles le sont aujourd'hui. Leur usage peut aussi répondre à différents besoins, envies ou « nécessités » culturelles. L'usage des drogues est également variable et, bien qu'il puisse être « problématique », il est le plus souvent occasionnel et récréatif. Le phénomène doit donc être nuancé et problématisé. Premièrement, en raison du fait que toutes les substances psychoactives ne sont pas systématiquement considérées comme des drogues (pensons notamment au café, au tabac, ...). Deuxièmement, car certaines substances – bien que l'on reconnaisse leurs pouvoirs addictif et psychoactif – sont socialement admises, voire érigées en « liant social », comme c'est le cas, par exemple, pour l'alcool. Cela nous montre l'importance des représentations et des normes en la matière au sein d'une société donnée. Bergeron souligne, à ce titre, que la classification comme drogue relève d'un « arbitraire social et culturel »<sup>37</sup>. Troisièmement, car il n'y a pas de « *permanence diachronique de ces classifications* »<sup>38</sup>. En effet, les classifications peuvent changer dans le temps au sein d'une société en fonction de l'usage qui en est fait et des représentations qui en découlent. Bergeron<sup>39</sup> nous rappelle ainsi qu'il était courant de mastiquer de la coca dans les Andes, que l'alcool était courant dans le sud-est asiatique, que l'opium était déjà consommé il y a 3000 ans en Mésopotamie et que le cannabis était une plante médicinale dans la pharmacopée chinoise à la même époque.

---

<sup>36</sup> BERGERON H., « *Sociologie de la drogue* ». Paris, La Découverte, 2009, p. 10

<sup>37</sup> BERGERON H., *op. cit.*, p. 10

<sup>38</sup> BERGERON H., *Idem*, p. 13

<sup>39</sup> BERGERON H., *Ibidem*, p. 12

« Depuis l'aube des temps, l'usage des plantes aux vertus psychotropes a trouvé un cadre de caractère mythique, religieux ou social. »<sup>40</sup> De ce fait, leur usage faisait l'objet d'une régulation sociale.

Ce n'est qu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle que la conception de ce qu'on nomme aujourd'hui « les drogues » a radicalement changé dans les sociétés occidentales « en raison de la très importante intensification des échanges internationaux et de l'information, du caractère déclinant des mythologies puis des transcendances dérivées (qu'elles soient scientifiques ou idéologiques), et enfin des courants de pensée relationnels ayant pour thème l'individualisation du rôle de l'homme par rapport à son inscription sociale »<sup>41</sup>.

A partir des années 60', certaines drogues se sont massivement diffusées aux Etats-Unis, puis en Europe et dans le reste du monde.

Aujourd'hui, « l'imaginaire social communément attaché à la drogue et à la toxicomanie est sombre : la prise de ces produits, ou au moins de certains d'entre eux, est bien volontiers conçu comme la mère potentielle de vice, de crime, de morbidité et de marginalité sociale »<sup>42</sup> et « le drogué serait réputé avoir perdu les qualités essentielles qui font un sujet social digne et respectable »<sup>43</sup>. Ogien – cité par Bergeron – rajoute que la prise de drogues est associée aux 4 caractéristiques suivantes : « *déchéance, compulsivité, irresponsabilité et animalité* »<sup>44</sup>.

La première loi belge date de 1921 et reste le fondement principal de la politique drogue, encore aujourd'hui. Cette loi est arrivée dans un contexte international particulier. En effet, les Etats-Unis, pour des raisons ethniques<sup>45</sup> principalement, selon DUGARIN & NOMINE<sup>46</sup>, ont organisé une conférence sur l'Opium à Shanghai en 1909 en raison des problèmes causés aux Américains par l'opium importé de Chine.

---

<sup>40</sup> DEBOCK C. (sld), « Face à la drogue : quelle politique ? ». Paris, La Documentation française, Problèmes politiques et sociaux n° 745, 1995, p. 9

<sup>41</sup> DEBOCK C. (sld), *op. cit.*, p. 9

<sup>42</sup> BERGERON H., *Ibidem*, p. 3

<sup>43</sup> BERGERON H., *Ibidem*, p. 11

<sup>44</sup> BERGERON H., *Ibidem*, p. 11

<sup>45</sup> A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, des milliers d'ouvriers chinois ont immigré aux Etats-Unis et sont notamment employés pour la construction du chemin de fer transcontinental, or cette immigration massive d'une population culturellement opposée à l'Amérique est concomitante et liée à la propagation de l'opium qui fait des ravages dans la société américaine. La fin du 19<sup>ème</sup> siècle aux USA fût marquée par des révoltes – traduites d'ailleurs en lois – à l'encontre des immigrés chinois.

<sup>46</sup> DEBOCK C. (sld), *Idem*, p. 12

Les débats se sont étendus à la cocaïne et la morphine et cela a débouché sur la ratification de la Convention Internationale de l'Opium signée le 23 janvier 1912 à La Haye<sup>47</sup>.

Afin de tenir ses engagements internationaux, la Belgique a promulgué une loi dans le code pénal le 24 février 1921 intitulée « loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques » appelées communément « loi sur les drogues et les stupéfiants ». Dans cet ouvrage, nous la nommerons plus simplement Loi de 1921. Nous reviendrons au cadre législatif dans une section qui lui est dédiée.

Les années 60' furent marquées par un contexte économique favorable et le développement de l'Etat-providence. Cette décennie se situe dans la seconde moitié des trente glorieuses et l'industrialisation se poursuit. L'expansion l'emporte sur la reconstruction d'après-guerre. La société poursuit sa croissance grâce à la science. La consommation, au sens large cette fois, prend également une autre place, « *la machine à laver et le réfrigérateur, l'automobile et la télévision deviennent les symboles de cette mutation* »<sup>48</sup>. Les mœurs évoluent également, le « peuple » s'affranchit de certaines traditions, et revendique plus de libertés, notamment sexuelles, le consumérisme gagne aussi du terrain.

Cependant, « *A partir des années 1968-1969 [...] une frange de [la] jeunesse consomme de la drogue, y prend du plaisir et y revendique la prise de certains produits comme mode de vie. L'opinion publique et les gouvernants prennent peur et se mettent à porter un regard critique sur la législation en vigueur.* »<sup>49</sup> Ce sont des années marquées par des « *mouvements sociaux contestataires et libertaires (vis-à-vis du contrôle social et des rapports de domination)* »<sup>50</sup>

La loi va alors se durcir dans les années 70', dans nombre de pays européens, afin de « *restaurer les valeurs traditionnelles et de contrôler les factions de cette contre-culture, dont la consommation de drogues était perçue comme l'expression de la décadence de la société occidentale* »<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> GUILLAIN C., « *La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues* », Courrier hebdomadaire du CRISP 2003/11 (n° 1796), p. 6.

<sup>48</sup> LE GOFF J-P., « *Mai 68 : la France entre deux mondes* ». Le Débat, vol. 149, no. 2, 2008, p. 85

<sup>49</sup> DEBOCK C. (sld), Ibidem, p. 17-18

<sup>50</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Eurotox asbl : Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, « *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de Bruxelles-Capitale : 2018* ». Bruxelles, Janvier 2019, p. 16

<sup>51</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., *op. cit.*, p. 16

L'Etat va justifier cela en affirmant qu'à « *une époque où le droit à la santé et aux soins est progressivement reconnu à l'individu – en particulier par la généralisation de la sécurité sociale et de l'aide sociale – il paraît normal en contrepartie que la société puisse imposer certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement l'extrême nocivité.* »<sup>52</sup>

Cette conception nouvelle est à souligner car il s'agit véritablement d'une atteinte aux libertés individuelles telles qu'elles sont considérées aux Etats-Unis, par exemple, au nom d'un intérêt collectif et de la contrepartie accordée à l'ensemble de la société en termes de couverture sociale. Le principe de solidarité implique qu'il faille alors consentir à certains sacrifices, notamment en termes de libertés individuelles. Cette perception est assez bien résumée par JEANMART, citant Rosenzweig, qui estime « *que [le système juridique belge en matière de drogues] a évolué en trois temps pour l'usager: d'abord punir ou guérir, ensuite punir et guérir et enfin, obligation de guérir sous peine de punition* »<sup>53</sup>

Les années 80' vont être marquées par de nouveaux changements. En effet, « *sur la scène internationale, un phénomène dramatique va mettre en question la pertinence des réponses apportées aux toxicomanes, tant sur le plan législatif que sanitaire et social : c'est l'apparition du sida au début des années 80. En effet, l'usage d'héroïne par voie intraveineuse, les échanges fréquents de seringues entre toxicomanes, et donc le risque possible de contamination par le virus VIH font que, désormais, il est difficile de séparer toxicomanie et sida (30% des toxicomanes français répertoriés seraient séropositifs).* »<sup>54</sup> Au vu du durcissement des législations opérées lors de la décennie précédente, les conditions de consommation sont très précaires pour les toxicomanes. Ils ne bénéficient d'aucun encadrement pour pouvoir consommer dans des conditions sanitaires acceptables. L'échange de seringues usagées dans des lieux sordides de consommation va favoriser la propagation du sida qui se transmet par voie sexuelle ou sanguine.

*« Certains professionnels vont accuser la législation prohibitionniste d'être responsable d'une exclusion croissante du toxicomane, l'exposant à des conduites marginales, voir délinquantes et à des risques sanitaires accrus.*

---

<sup>52</sup> DEBOCK C. (sld), Ibidem, p. 19

<sup>53</sup> JEANMART C., « *Entre cadre légal et pratiques de consommations. L'usage de drogues illicites en Belgique francophone* », *Déviance et Société*, vol. 32, no. 3, 2008, pp. 287.

<sup>54</sup> DEBOCK C. (sld), Ibidem, p. 4-5

*C'est ainsi que certains pays européens tel que la Hollande, la Suisse, l'Espagne, l'Italie vont être amenés à assouplir leurs législations, pour tenter de mettre en place un certain "contrôle social et sanitaire" de leurs toxicomanes. Cette politique de "réduction des risques" passe par une distinction entre drogues "douces" et drogues "dures", par la distribution de seringues stériles, de préservatifs aux héroïnomanes, et par des traitements de substitution par la méthadone. »<sup>55</sup>.*

L'idée soutenue par ces états était de lutter contre la propagation du virus en distribuant du matériel stérile d'injection et en permettant aux consommateurs de bénéficier d'un accompagnement socio-sanitaire.

C'est également à cette période que sont menées – selon DEBOCK – les premières études en sciences sociales sur les usagers et leurs usages. L'oscillation du curseur entre des politiques davantage sanitaires ou davantage sécuritaires demeure toujours aussi compliquée. Mais l'on prend le parti qu'il faut « *resituer le phénomène drogue dans un contexte social, économique et urbain plus global* »<sup>56</sup> en incluant les familles dans l'accompagnement des toxicomanes et en leur proposant un suivi socio-éducatif par des professionnels travaillant davantage en réseau, espérant ainsi lutter contre leur désinsertion sociale et leur stigmatisation.

Les années 90' ont été marquées par l'avènement du principe de la réduction des risques. Il s'agissait là d'une évolution majeure dans la conception politique de la toxicomanie, car à partir de ce moment-là, l'abstinence n'est plus considérée comme la seule réponse possible. En effet, il s'agit alors de poursuivre la prévention pour les consommateurs potentiels, mais aussi et surtout de réduire les risques des personnes déjà dépendantes. Cela fit suite à de vives protestations et la création d'un groupe de travail parlementaire qui en découla en 1997 et qui relevait notamment que « *la justice ne peut ni ne doit être le seul instrument de régulation sociale de l'usage des drogues et qu'il n'est ni utile ni efficace de vouloir tout régler par la voie pénale* »<sup>57</sup>.

Aux deux premières réponses données au « problème de la toxicomanie » - punir et guérir – vint s'ajouter une troisième : prévenir.

---

<sup>55</sup> DEBOCK C. (sld), Ibidem, p. 4-5

<sup>56</sup> DEBOCK C. (sld), Ibidem, p. 5

<sup>57</sup> GUILLAIN C., « *Les facteurs de criminalisation et les résistances à la décriminalisation de l'usage des drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires* », Revue interdisciplinaire d'études juridiques de l'Université Saint-Louis Bruxelles, vol. 63, no. 2, 2009, p. 121.

La réduction des risques complète ce volet préventif et « est définie dans la Déclaration Conjointe de la Conférence Interministérielle Drogues du 25 janvier 2010 comme étant : « une stratégie de santé publique visant à prévenir les dommages liés à l'utilisation de psychotropes ; la réduction des risques concerne tous les usages qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. Cette stratégie est utilisée pour les substances illicites et pour les substances « légales » comme l'alcool et le tabac » »<sup>58</sup>.

La mise en place d'une politique de réduction des risques est intimement liée à l'avènement de l'héroïne ayant eu lieu dans la décennie précédente et aux problèmes liés aux maladies sexuellement transmissibles (MST) qui l'accompagnèrent. Cela passa notamment par de l'éducation, des programmes d'information, mais aussi par des comptoirs d'échange de seringues, afin que les consommateurs puissent échanger leur matériel usagé (évitant ainsi de le laisser dans l'espace public) contre du matériel stérile réduisant les risques de contamination de certaines maladies (VIH, hépatites, ...), par des programmes de substitution, des méthodes de testing permettant d'évaluer la qualité du produit consommé, de la prévention par des pairs, etc.

Selon des données qui nous ont été transmises par Sciensano<sup>59</sup>, entre 1985 et 1995, Bruxelles était la Région où le nombre de nouveaux diagnostics HIV recensé était le plus élevé, suivi ensuite de la Province de Liège<sup>60</sup>. Ce n'est donc probablement pas sans lien avec le fait que ces deux localités soient si investies dans la réduction des risques.

Selon un représentant de l'ASBL Transit, il aurait fallu ouvrir des salles de consommation à moindre risque en Belgique à ce moment-là, comme ce fut le cas dans d'autres pays, estimant que la conjoncture aurait facilité la concrétisation du projet.

Il est important de noter, à ce stade, que la mise en place des comptoirs d'échange de seringues avait déjà nécessité une modification de la loi de 1921 en ajoutant l'art. 3, §2, al.2 stipulant 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

---

<sup>58</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Idem, p. 5

<sup>59</sup> Sciensano est un centre de recherche fédérale issu de la fusion entre l'Institut scientifique de Santé Publique et le Centre d'Etude et de Recherches vétérinaires et Agrochimiques

<sup>60</sup> Nous n'avons pas pris en compte les diagnostics effectués dans des provinces inconnues, qui demeurent toutefois élevés sur cette période

*professions paramédicales et aux commissions médicales* »<sup>61</sup>. C'est en s'inscrivant dans ce mouvement qu'en Belgique, l'asbl Modus Vivendi a été créée en 1993<sup>62</sup>. Dans le même temps (1995), a été initié à Liège le projet TADAM – vu le nombre grandissant d'utilisateurs d'héroïne – même si ce dernier n'a pu être concrétisé qu'en 2007<sup>63</sup>.

Depuis, cette nouvelle politique gagne en légitimité et prend de l'ampleur en Belgique et à un niveau international. C'est dans cette mouvance que s'est inscrite l'ouverture des salles de consommation à moindre risque.

### III. Contexte international

Bien que les SCMR ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'un encadrement légal en Belgique, ce système a déjà fait ses preuves dans d'autres pays<sup>64</sup>, que ce soit en termes de santé des utilisateurs eux-mêmes (diminution du nombre d'overdoses, apprentissage de techniques d'injection plus sûres, orientation vers des services médicaux ou spécialisés,...) ou de santé et de sécurité publique (diminution du nombre de personnes consommant sur l'espace public autour des SCMR, diminution du nombre de matériel usagé abandonné sur l'espace public, ...). Le seul élément restant stable serait, semble-t-il, le taux de criminalité aux alentours des salles de consommation à moindres risques.

La première SCMR a vu le jour à Berne<sup>65</sup>, en Suisse, en 1986. Dans les années 70', certains dispositifs similaires avaient été mis en place par des consommateurs en Hollande mais ceux-ci n'ont jamais été officiellement reconnus. La Hollande, tout comme l'Allemagne, en ouvrira officiellement dans les années 90'. Ces pays seront suivis, dans la décennie suivante, par l'Australie et le Canada. S'ajouteront ensuite le Danemark, la Norvège, le Luxembourg, l'Espagne et la France. En 2017, l'Europe comptait 90 SCMR réparties sur 8 pays<sup>66</sup>. La Suisse et les Pays-Bas sont les seuls pays à assurer une couverture nationale de ce type de dispositifs en Europe.

Les différences de politiques publiques adoptées par les pays dépendent du système politique au sens large, propre à chacun.

---

<sup>61</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 29

<sup>62</sup> Modus Vivendi, Qui sommes-nous ? En ligne, site de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique1>, consulté de 15 novembre 2018.

<sup>63</sup> DEMARET I. et al., *Projet TADAM : Rapport final 2007 – 2013*, Université de Liège, Liège, 10 octobre 2013, p. 4

<sup>64</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 21 à 23.

<sup>65</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 11.

<sup>66</sup> VANDER LAENEN F. et al, *art. cit.*, p. 4

De plus, l'histoire de la considération accordée aux drogues et aux personnes qui s'y adonnent est intimement liée aux représentations qu'une société en a, et cela impactera indéniablement la réponse sociale et politique qui y sera apportée.

C'est pourquoi nous allons à présent nous pencher sur le cadre législatif belge relatif aux stupéfiants.

## **IV. Contexte politique et législatif**

### ***Niveau Fédéral***

Comme nous l'indiquions précédemment, la première loi belge relative aux drogues a été promulguée pour tenir ses engagements internationaux. Celle-ci relève du code pénal, date de 1921 et s'intitule « loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques ».

A priori, cette loi vise vraisemblablement le trafic des drogues et non leur consommation à proprement parler. Cependant, même si l'usage n'est pas défini comme prohibé, la détention elle, l'est, ce qui constitue un paradoxe des plus étonnants<sup>67</sup>. Elle ne fait pas de distinction entre les trafiquants et les consommateurs, pas plus qu'elle n'en fait entre les différents produits dont il est question dans le texte législatif<sup>68</sup>.

Il est également surprenant de noter que c'est la loi française de 1916 qui a servi de base à l'élaboration de la loi belge de 1921, alors que les contextes étaient fort différents<sup>69</sup>. En effet, certaines mesures prises visaient clairement à lutter contre les fumeries d'opium alors qu'il n'y en avait jamais eu en Belgique, contrairement aux pays voisins. Par ailleurs, le problème de la drogue à l'époque aurait été largement exagéré.

Cette première loi sera réformée en 1975 en y apportant quelques clarifications et en y intensifiant la répression, notamment d'usage de drogues en groupe. Elle étend son champ d'action en s'appliquant également aux produits psychotropes pouvant engendrer une dépendance.

---

<sup>67</sup> GUILLAIN C., « *La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues* », *Courrier hebdomadaire du CRISP* 2003/11 (n° 1796), p. 7.

<sup>68</sup> JEANMART C., *art. cit.*, p. 287

<sup>69</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., *Idem*, p. 14

Elle laisse enfin un pouvoir d'appréciation plus important au juge en permettant des réductions ou des durcissements de peine en raison de circonstances atténuantes – telles que la coopération ou la délation – ou aggravantes – telles que la récidive.<sup>70</sup>

Durant les années 80', il est admis qu'il faut contextualiser la problématique et la réponse qu'on y donne. De plus, « *resituer le phénomène drogue dans un contexte social, économique et urbain plus global, entraîne une autre approche du toxicomane : accompagnement socio-éducatif, travail avec les familles, constitution de réseaux des divers professionnels. Il s'agit de lutter contre sa désinsertion et sa stigmatisation* »<sup>71</sup>.

Suite à la propagation du Sida et de l'hépatite dans les années 90', la Belgique compléta l'action publique déjà existante – prévention, soins, sécurité – par une nouvelle branche, la réduction des risques (RdR), comme nous l'indiquions précédemment.

### ***La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat – transfert de compétences aux entités fédérées***

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat, résultant principalement des revendications flamandes, a notamment entraîné un large transfert de compétences – partiel ou total – du fédéral aux entités fédérées (régions et communautés), surtout lors de son second volet en 2014<sup>72</sup>. Parmi celles-ci figuraient notamment :

- « *l'organisation des soins de santé de première ligne (services intégrés soins à domicile, cercles de médecins généralistes, subventions, commissions médicales provinciales, réseaux palliatifs)*
- *Agrément des professions des soins de santé*
- *Homogénéisation des soins de santé mentale*
- *Homogénéisation de la politique des hôpitaux*
- *Homogénéisation de la politique de prévention (tabagisme, dépendance aux drogues, actions santé environnementale, plan d'alimentation et de santé)* »<sup>73</sup>

---

<sup>70</sup> JEANMART C., Idem, p. 287

<sup>71</sup> DEBOCK C., Ibidem, p. 5

<sup>72</sup> Belgium.be, « *La sixième réforme de l'Etat* ». En ligne, Site d'informations et services officiels : [https://www.belgium.be/fr/la\\_belgique/connaitre\\_le\\_pays/histoire/la\\_belgique\\_a\\_partir\\_de\\_1830/constitution\\_d\\_e\\_l\\_etat\\_federal/sixieme\\_reforme\\_etat](https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_d_e_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat), consulté le 07 juin 2019.

<sup>73</sup> Belgium.be, Idem, consulté le 07 juin 2019.

Nous avons repris ci-dessus uniquement des compétences liées – de près ou de loin – au sujet qui nous occupe dans le présent travail. Nous constatons que les compétences en matière de santé furent largement transférées aux 3 communautés du royaume.

Malgré l'apparente clarté de ce transfert, la complexité institutionnelle demeure lorsqu'il convient d'agir sur un domaine de compétence particulier, les politiques publiques étant souvent liées et enchevêtrées, ou au contraire, un niveau politique pouvant bloquer l'action d'un autre niveau. La mise en place d'une SCMR ne fait pas exception et il n'est pas évident de dégager les compétences et marges de manœuvre de chacun.

Nous allons dès lors nous pencher sur la manière dont se coordonnent les différents niveaux de pouvoir ainsi que sur les organes de concertation mis en place.

### ***Coordination entre le fédéral et les entités fédérées en matière de drogues***

En 1997, un groupe de travail parlementaire mis en place sur la question de la drogue concluait notamment qu'il était essentiel d'avoir une approche globale sur la question<sup>74</sup>. La note politique fédérale drogues de 2001 actera une politique globale et intégrée en la matière, auxquels tous les gouvernements ont accepté de coopérer. Les instruments de cette politique globale et intégrée en matière de drogues comprenaient, entre autres, la mise en place d'une réunion thématique drogues par la conférence interministérielle (CIM) Santé Publique. La CIM Santé Publique est composée d'une dizaine de ministres et secrétaires d'Etat. Cela a débouché en 2002 sur une « Déclaration commune des Ministres de la Santé publique relative à l'accord de coopération pour une politique de drogues globale et intégrée »<sup>75</sup> qui a abouti à la création de la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD). La CGPD comprend une vingtaine de représentants ministériels et d'administrations publiques. Sa mission est d'assister, de préparer et de présenter des recommandations aux réunions drogues de la CIM Santé publique.

*« En 2010, la réunion thématique drogues a approuvé la « Déclaration conjointe pour une politique globale et intégrée en matière de drogues en Belgique ». Cette déclaration conjointe statue qu'une politique globale et intégrée a besoin de*

---

<sup>74</sup> HUART K., « La politique drogues en Belgique et le rôle la Cellule Drogues, SPF Santé publique - Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique ». Présentation Powerpoint de l'attachée de la cellule drogues, 4 novembre 2014, 12 p.

<sup>75</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 14

*prévention, de détection et intervention précoces, d'offre d'aide y compris la réduction des risques, et de répression. La répression envers les consommateurs et consommatrices est « l'ultime remède » »<sup>76</sup>.*

A ce jour, la mise en place d'une SCMR en Belgique est illégale dans la mesure où elle ne respecte pas la loi de 1921 qui stipule en son article 3 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 »*<sup>77</sup>. Cette facilitation, notamment par la mise à disposition d'un local – tel que c'est le cas pour les SCMR – reste encore aujourd'hui une infraction pénale punissable d'un emprisonnement de 3 mois à 20 ans et d'une amende de 1 000 à 100 000 €<sup>78</sup>.

Etant donné que le code pénal dépend du fédéral, l'actuel bourgmestre de Liège, Willy Demeyer avait proposé au Parlement, en novembre 2013, une modification de la loi de 1921 qui permettrait l'ouverture d'une SCMR en Belgique. Voici ses propositions :

*« L'article 3, § 2 de la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes est complété par l'alinéa suivant :*

*« Ne sont pas soumis à l'application du premier alinéa, ceux qui auront facilité l'usage par autrui, sans incitation et dans un but de prophylaxie contre les maladies contagieuses ou, plus généralement, de réduction des risques liés à cet usage, des substances spécifiées à l'article 2bis, dans des lieux supervisés et aux conditions déterminées par le Roi sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. » »<sup>79</sup>*

Celles-ci n'ont pas été retenues, faute de consensus politique<sup>80</sup>, malgré des avis favorables de l'Académie Royale de Médecine, de représentants d'entités fédérées, d'experts de terrains, de services de police, de la Commission Santé de la Chambre des représentants, ...

---

<sup>76</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 14

<sup>77</sup> 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, MB du 06 mars 1921, Art. 3, § 2.

<sup>78</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 17

<sup>79</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 29

<sup>80</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 24

Au total, sur les 40 avis remis à la commission santé de la chambre, un seul était défavorable à la mise en place des SCMR. Une nouvelle tentative de faire passer ces textes en 2014 s'est à nouveau soldée par un échec.

La CIM Santé publique a voulu mettre à jour sa déclaration conjointe en 2015 et a confié cette mission à la CGPD<sup>81</sup>. Celle-ci devait se pencher et remettre ses recommandations sur différents sujets, dont les salles de consommation à moindre risque.

C'est ainsi que la CGPD a publié une note de synthèse<sup>82</sup> en octobre 2016 relative aux salles de consommation à moindre risque. Elle y relève notamment que la CIM Santé publique l'a mandatée pour examiner « *la faisabilité et les conditions fondamentales pour la mise en œuvre éventuelle de salles de consommation à moindre risque en Belgique, avec une attention particulière pour les besoins et aspects juridiques, organisationnels et budgétaires* »<sup>83</sup>. Pour mener à bien cette mission, un groupe de travail réunissant 18 personnes issues de divers cabinets ministériels, d'administrations et de la justice a été mis en place.

Il ressort de cette note<sup>84</sup> que les cabinets bruxellois étaient favorables à la mise en place d'une SCMR, moyennant un cadre d'intervention clair. Ils plaidaient également pour une adaptation de la loi de 1921.

Cela sera repris dans la décision de la CIM Santé publique concernant les salles de consommation à moindre risque lorsqu'ils affirment que « *Les Ministres bruxellois et wallons poursuivront la réflexion quant aux modalités de mise en œuvre de ce dispositif et soutiennent une modification de la loi du 24 février 1921* ». <sup>85</sup>

La cellule générale de politique drogues dans son ensemble admet que sa mise en place amènerait une plus-value dans la prise en charge des politiques publiques en matière de stupéfiants, tant pour les usagers qu'en termes de sécurité et de santé publique. Elle relève aussi la nécessité d'adapter le code pénal. Elle convient que cela n'entrerait pas en contradiction avec les conventions internationales auxquelles la Belgique est soumise.

---

<sup>81</sup> A ce jour, la CIM n'est pas encore parvenue à un accord pour la mise à jour de cette déclaration conjointe.

<sup>82</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, 43 p.

<sup>83</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 4

<sup>84</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, Ibidem, p. 36

<sup>85</sup> CONFERENCE INTERMINISTERIELLE SANTE PUBLIQUE – REUNION THEMATIQUE DROGUES, « *Doc B : Salles de consommation à moindres risques – Décision* ». 24 Octobre 2016, p. 3

La CGPD relevait également – dans ce rapport de 2016 – la nécessité d’une large réflexion et d’une consultation, ainsi que d’une étude de faisabilité.

Pourtant, les représentants du niveau fédéral au sein de la cellule jugeaient que la mise en place d’une SCMR n’était pas prioritaire et qu’ils n’initieraient ni ne soutiendraient une modification (pourtant nécessaire) de la loi de 1921. Ce choix était essentiellement dû à la NVA et au CD&V<sup>86</sup>, et au fait que ce n’était pas repris dans l’accord de gouvernement.

Ces éléments sont repris dans la décision<sup>87</sup> de la conférence interministérielle (CIM) Santé Publique, Réunion Thématique Drogues du 24 octobre 2016.

En 2016, le secteur associatif actif en toxicomanie et une partie du monde politique à différents niveaux de pouvoir se sont associés pour réclamer une révision en profondeur de cette loi quasi centenaire via une campagne intitulée STOP 1921<sup>88</sup>.

L’étude de faisabilité évoquée ci-dessus a été commanditée, sur proposition de la CGPD, par BELSPO (Politique scientifique fédérale) aux universités de Gand et Louvain. Cette étude – intitulée Drugroom<sup>89</sup> – a été menée en 2017 et les universités ont remis leurs conclusions début 2018.

L’étude avait pour but « *d’examiner les conditions préalables, y compris légales, et les modalités opérationnelles qui permettraient d’inclure les SCMR dans le continuum d’initiatives à destination des usager.e.s de drogues illicites dans cinq grandes villes belges (Gand, Anvers, Bruxelles, Charleroi et Liège)* »<sup>90</sup>

Il en ressort un avis favorable quant au dispositif mais une clarification du cadre juridique est une condition sine qua non à l’ouverture d’une SCMR. L’étude relève alors 3 options possibles<sup>91</sup> :

1. Une modification de la Loi de 1921, en y ajoutant une exception pour les salles de consommation<sup>92</sup>

---

<sup>86</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 21

<sup>87</sup> CONFERENCE INTERMINISTERIELLE SANTE PUBLIQUE – REUNION THEMATIQUE DROGUES, *op. cit.*, p. 2

<sup>88</sup> Il s’agit d’une campagne initiée en 2016 à l’initiative de la société civile pour remettre en question la loi drogues de 1921 en sensibilisant le public et poussant le politique à mettre cette thématique à l’agenda afin d’en finir avec cette loi presque centenaire. Pour de plus amples informations : <https://stop1921.be/fr/la-campagne/>

<sup>89</sup> VANDER LAENEN F. et al, « Drugroom : Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium ». Université de Gand et de Louvain et Haute Ecole de Gand. Etude Belspo, 2018, 258 p.

<sup>90</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 22

<sup>91</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 22

2. Modifier l'interprétation de ladite loi par un arrêté royal, et plus précisément de son troisième article.
3. Ouvrir une SCMR sous la forme d'un projet pilote d'expérimentation, ce qui permettrait son ouverture mais compromettrait fortement la pérennité du projet.

### ***Les SCMR – entre le fédéral, le régional et le communautaire***

Le code pénal – comme nous l'avons vu, dépend du Fédéral. Pourtant les politiques de santé, notamment en matière de prévention (de la santé) et de réduction des risques, dépendent des communautés. Si l'on considère, par contre, la prévention en termes de nuisances sociales et de sécurité, il s'agit alors d'une compétence régionale. A ce sujet, Philippe Bollette nous explique, citant Zombek<sup>93</sup>, que « *le traitement de substitution endosse [...] différentes fonctions : outil « d'accroche » avec les usagers les plus désinsérés, outil de prévention des risques sanitaires, mais aussi outil « sécuritaire » par son impact positif au plan des comportements délictueux* »<sup>94</sup>. Dès lors, suivant l'axe retenu, la mise en place d'une SCMR pourrait dépendre tant du niveau régional que communautaire, mais ne peut pas, pour autant, être en défaut vis-à-vis du code pénal.

Fort heureusement, il existe en Belgique le principe constitutionnel des « compétences implicites ». « *Ce principe reconnaît aux entités fédérale et fédérées la possibilité d'empiéter à un moment donné sur les compétences d'une autre collectivité, à condition que le caractère nécessaire de cet empiètement soit démontré et que cet empiètement soit marginal (et n'empêche pas l'une ou l'autre entité de mener la politique qu'elle souhaite)* »<sup>95</sup>

Dès lors, des textes législatifs sont récemment passés au niveau des commissions communautaires française et commune à Bruxelles, mais nous y reviendrons dans la partie consacrée à la mise en place d'une SCMR au sein de la Capitale. Ainsi, nous verrons quelles ont été les options prises par les deux espaces territoriaux pour répondre à ces écueils institutionnels.

---

<sup>92</sup> À l'instar de la proposition de Willy de Meyer en 2013, reprise ci-dessus.

<sup>93</sup> Serge Zombek est un psychiatre ayant une longue expérience hospitalière à Bruxelles. Il fut par ailleurs médecin directeur de la MASS de Bruxelles de 1999 à 2017. Aujourd'hui, il est également Directeur médical de Start/Mass, à Liège.

<sup>94</sup> BOLLETTE P., « *Evolution de l'offre d'accompagnement et de soins pour usagers de drogue au départ d'un centre de première ligne. Start/Mass à Liège* ». L'observatoire, créateur d'échanges et de transversalité asbl, Liège, n°98/2018, mars 2019, p. 48.

<sup>95</sup> STEVENOT C. & HOGGE M., Ibidem, p. 21

## **V. Questions éthiques soulevées par l'ouverture d'une SCMR**

Nous noterons tout de même qu'au-delà, ou parallèlement à la question politique, l'ouverture d'une SCMR pose un certain nombre de questions éthiques.

Tout d'abord parce qu'il s'agit d'un changement radical de paradigme dans la prise en charge des personnes toxicomanes. En effet, traditionnellement, la toxicomanie pouvait être abordée selon deux angles principaux en termes de politique publique : la sécurité et la santé publique. En grossissant légèrement le trait, soit on considère le toxicomane comme un délinquant, un hors la loi, amenant alors à une politique sécuritaire et des mesures punitives, soit on considère le toxicomane comme un malade, appelant dans ce cas à des politiques sanitaires.

Les premières politiques relevant du ministère de la santé, dans les années 70' et 80', avaient pour but de « soigner » le toxicomane de son addiction. Des centres de cure (sevrage) et de postcure ont vu le jour et avaient pour but de permettre aux personnes atteintes d'assuétude d'arrêter de consommer. L'abstinence était un but en soi, un idéal à atteindre.

L'ouverture d'une salle de consommation à moindres risques s'inscrit dans une autre logique, non pas contradictoire mais complémentaire, celle de la réduction des risques (RdR), en vue d'endiguer les épidémies apparues dans les années 80' et corrélées à la consommation de drogues.

Mais ouvrir une salle où les personnes pourront venir consommer ne revient-il pas à cautionner la consommation de drogues illégales ? Nous ne sommes, en effet, plus dans une optique de soin prônant l'abstinence comme objectif, mais dans l'accompagnement de l'utilisateur dans sa consommation pour en diminuer les risques. Cela ne banalise-t-il pas la consommation de drogues dures ? N'est-ce pas une manière de niveler vers le bas l'objectif d'endiguement de la consommation de drogues ?

Le même type d'arguments avait été opposé dans les années 90' aux comptoirs d'échange de seringues<sup>96</sup> lors de leur mise en place. Fournir – gratuitement qui plus est – du matériel d'injection à des toxicomanes ne revient-il pas à cautionner leur consommation et abdiquer dans la lutte qui est faite contre les drogues et la volonté d'endiguer ce fléau ?

---

<sup>96</sup> BOLLETTE P., *art. cit.*, p. 47 - 50

En réponse à ces interrogations, les défenseurs de la RdR estiment qu'il s'agit d'élargir la palette de solutions proposées aux personnes atteintes d'assuétudes et que ces différentes offres se complètent. Par ailleurs, l'idée est également de toucher le public de consommateurs le plus marginalisé qui n'a même pas – ou ne « veut » ou ne « peut » pas avoir – accès au système de soins classique.

# **PARTIE EMPIRIQUE**

## I. Introduction

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il s'agit avant tout de voir de quoi nous parlons et ce que l'on va analyser. En effet, la question des salles de consommation à moindre risque est venue dans un contexte particulier, et pour en saisir les enjeux, il nous faut retourner dans le passé pour comprendre quelle étaient les fonctions de la prise de produits psychoactifs, quelle réaction la société a adopté vis-à-vis de l'usage et des usagers de drogues, quels ont été les impacts des drogues tant en termes de trajectoires de vie que de santé publique,...

Il nous faut aussi nous interroger sur la fonction des salles de consommation à moindre risque. A quel problème répond-t-elle en réalité ? Le but est-il de lutter contre la drogue ? De diminuer les risques sanitaires des personnes qui consomment ? De lutter contre la propagation de maladies telles que l'hépatite et le sida ? Peut-être un peu de tout ça... Dès lors, identifier « le problème social » auquel une SCMR répond n'est déjà pas chose aisée. Les problèmes sociaux peuvent être imbriqués les uns dans les autres, en créer de nouveaux,... La toxicomanie amène des problèmes de sécurité publique, de santé publique, elle soulève aussi des questions éthiques et morales quant à sa prise en charge. Les politiques mises en œuvre pour répondre à ce genre de « problèmes » ne sont pas moins complexes, que du contraire.

## II. Question de recherche :

Nous avons décidé de comparer la Ville de Liège et la Région de Bruxelles – Capitale quant à la mise en place de salles de consommation à moindre risque.

Lorsque nous avons entamé le processus mémoire en 2017, nous pensions nous interroger sur le fait que la cellule générale politique drogues remettait en 2016 un avis favorable<sup>97</sup> quant à la mise en place en Belgique d'une SCMR mais, dans la même réunion, refusait la concrétisation du projet. Entretemps, une SCMR a ouvert ses portes à Liège. De ce fait, nous avons jugé pertinent, de nous interroger sur la manière dont ce projet a pu voir le jour à Liège, et de le comparer à la situation en Région Bruxelloise. Nous avons choisi ce deuxième espace territorial pour différentes raisons. En effet, il s'agit tout d'abord de la Capitale de notre plat pays et les questions de toxicomanie, notamment dans certains quartiers, ont toujours fait débat.

---

<sup>97</sup> CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, *op. cit.*, 43 p.

C'est également à Bruxelles que le nombre de nouveaux diagnostics HIV demeure le plus élevé. De plus, les acteurs de terrain plaident depuis longtemps pour l'ouverture d'un tel dispositif. Troisième raison s'il en faut, Bruxelles, au vu de son statut juridique particulier (Région bilingue), connaît une complexité institutionnelle sans pareil qu'il nous semblait opportun d'analyser. Enfin, c'est la Région dans laquelle nous habitons et cela suscitait autant notre intérêt que cela facilitait notre accès aux sources d'informations.

Nous sommes bien conscients qu'il s'agit de deux niveaux de pouvoir différents – une ville et une Région – mais cela tient, comme nous le disions, à la complexité institutionnelle belge et à la manière dont les projets de SCMR se construisent concrètement sur les deux territoires. Nous y reviendrons dans la comparaison des deux territoires à proprement parler et verrons comment le processus de mise en place a impliqué les niveaux local, régional et fédéral.

# La mise en place d'une salle de consommation à moindre risque – analyse socio-politique comparative entre Liège et Bruxelles

## I. Analyse de la ville de Liège

### a. Introduction

Depuis peu, une salle de consommation a ouvert ses portes à Liège. Il s'agit de la première salle de ce type à ouvrir en Belgique, et cela n'a pas été sans peine pour les promoteurs du projet. En effet, il a fallu convaincre tant les pouvoirs publics que l'opinion publique et le « quartier », et, malgré son ouverture, elle demeure illégale encore aujourd'hui, bien qu'elle soit financée par les pouvoirs locaux (en l'occurrence la ville de Liège).

Il faut également noter qu'en Wallonie, selon la directrice de la Fedito wallonne, près de la moitié du réseau est financé par des subventions facultatives<sup>98</sup> et qu'il n'y a pas de vision globale pour la prise en charge des assuétudes. Ce manque de coordination engendre un manque de cohérence entre les différents services mais laisse, par ailleurs, une plus grande marge de manœuvre aux différentes parties prenantes. La directrice de la Fedito plaide tout de même pour la mise en place d'un plan global d'action qui permettrait de gagner en cohérence et en coordination entre les différentes actions menées.

*« En Wallonie, puisque le cadre d'une politique wallonne n'est pas très clair, en tous cas d'une stratégie ou d'un plan d'action global, je pense que ça laisse, du coup, aux pouvoirs locaux, une plus grande marge de manœuvre. [...] Ça laisse aussi la place à des villes comme Charleroi ou Namur de choisir vers quoi ils veulent tendre et le cadre dans lequel ils veulent travailler. »*

---

<sup>98</sup> Il s'agit de budgets laissés à la discrétion du Ministre et accordés pour une courte période (1 à 3 ans généralement). Ce système amène de l'instabilité dans le secteur étant donné que la pérennisation des projets n'est pas garantie et qu'elle dépend du bon vouloir et des accointances des acteurs politiques en place

*Donc ça a des avantages et des inconvénients cette absence de stratégie et de politique globale. Ça permet aussi à des pouvoir locaux de prendre le dessus sur ce qui n'existe pas au fond »<sup>99</sup>*

### ***b. Personnes rencontrées à Liège***

Nous avons rencontré 3 personnes différentes à Liège : le coordinateur de la SCMR, la responsable de la Fedito wallone et le responsable d'un centre de réduction des risques.

#### ***Rencontre avec le coordinateur de la SCMR de Liège***

Dominique Delhateur est le coordinateur de la SCMR de Liège. Nous avons initialement contacté le bourgmestre de Liège en espérant pouvoir le rencontrer, étant donné que la SCMR dépend de la ville, que c'est un projet qu'il défend depuis longtemps et qu'il avait d'ailleurs introduit la proposition de Loi en 2013 et 2014 pour modifier la loi de 1921 et permettre la légalisation de la mise en place d'une SCMR. Sa collaboratrice nous a renvoyé vers le coordinateur de la salle, que nous pensions de toute façon contacter.

Cet entretien a été relativement long et très riche dans la mesure où Monsieur Delhateur a été – en plus de sa fonction actuelle – à l'initiative et à la tête du projet pilote de traitement assisté par diacétylmorphine (TADAM). Il est toujours responsable de la fondation Tadam à ce jour. Il est actif sur les questions de toxicomanie à Liège depuis plus de 30 ans. Il a également été, par le passé, responsable des contrats de sécurité à Liège, puis membre d'un cabinet ministériel (PS) à la Région. Enfin, il a travaillé étroitement avec Willy De Meyer (bourgmestre socialiste de Liège) pour l'ouverture de la SCMR et a participé aux différents rendez-vous de concertation avec les acteurs concernés : politiques, judiciaires, médicaux, riverains, police locale, ...

#### ***Rencontre avec le coordinateur thérapeutique d'un centre bas seuil***

Philippe Bollette est le coordinateur thérapeutique de Start/Mass<sup>100</sup>. Il s'agit d'une institution historique à Liège en matière de réduction des risques et qui a développé de nombreux projets, dont un accueil bas seuil pour personnes dépendantes, un dispensaire méthadone, un bus itinérant pratiquant l'échange de seringues en des lieux stratégiques de la ville,...

---

<sup>99</sup> Extrait de l'entretien avec la responsable de la Fedito wallone

<sup>100</sup> Start : Service transdisciplinaire d'aide à la réadaptation des toxicomanes  
Mass : Maison d'accueil socio-sanitaire

Start<sup>101</sup>, créé en 1994 par le contrat de sécurité de la Ville de Liège, est un centre d'accueil et de première intervention pour usagers de drogues particulièrement précarisés. En 1997, s'inscrivant dans le plan d'action toxicomanie-drogues du gouvernement fédéral, Start a élargi ses services en ouvrant une maison d'accueil socio-sanitaire (MASS), devenant ainsi Start/Mass.

Il nous a semblé pertinent de rencontrer un acteur historique de la réduction des risques à Liège afin de voir comment les différents projets avaient pu se développer, avoir son regard sur la SCMR de Liège et tenter de comprendre l'implication du secteur associatif dans l'action publique locale.

### ***Rencontre avec la coordinatrice de projets à la Fedito wallonne***

Pascale Hensgens est coordinatrice de projets à la Fedito wallonne depuis 2012. La Fedito wallonne est la fédération wallonne des institutions pour toxicomanes. Il nous semblait intéressant de rencontrer la coordinatrice de cette institution réunissant une cinquantaine d'associations actives dans le domaine de la toxicomanie en Wallonie afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble du secteur wallon d'une part, et de recueillir le témoignage de ce relai essentiel entre le terrain et le monde politique, d'autre part. En effet, la Fedito wallonne a notamment pour mission de représenter ses membres et de faire entendre leur voix vis-à-vis du monde politique.

#### ***c. L'émergence des problèmes sociaux***

Le dispositif des salles de consommation à moindre risque, comme nous l'avons vu, s'inscrit dans la logique de la réduction des risques qui est apparue dans les années 80' et s'est développée dans les années 90' pour faire face aux épidémies du VIH et de l'hépatite. Je vous renvoie à la partie dédiée au contexte social et culturel pour de plus amples informations à ce sujet.

La ville de Liège n'a pas été épargnée par ce phénomène international. La ville portait même le sobriquet de « Tox City » et, selon certains, une des particularités de la ville tient à la visibilité et à la présence des toxicomanes en son centre.

---

<sup>101</sup> Start-Mass, Qui sommes-nous ? En ligne, site de Start-Mass : <http://start-mass.isosl.be/qui-sommes-nous.htm>, consulté le 31 mai 2019.

« Dans les années 80, la « scène » de la toxicomanie liégeoise déborde : le nombre d'usagers de drogue augmente sensiblement (évalué par les professionnels entre 3 et 4.000). Les faits de « petite » criminalité associés (deal, vols, casses de pharmacies, etc.) suivent la même courbe ascendante »<sup>102</sup>

Le coordinateur de Start/Mass nous indiquait, en outre, que la visibilité des usagers de drogues semble plus marquée à Liège que dans les autres villes et que cela engendre un certain nombre de nuisances sociales, dont une mendicité particulièrement harcelante.

Les problèmes sociaux auxquels tentent de répondre les salles de consommation à moindre risque sont multiples et ont évolué au fil du temps : épidémies du SIDA et de l'hépatite, problèmes de santé publique, nuisances sociales, délinquance, squat, matériel usagé abandonné dans l'espace public, puis plus récemment, la désaffiliation des usagers de drogues les plus précarisés même vis-à-vis du réseau de soin ou des services spécialisés, ou encore des questions liées à la santé et l'hygiène des usagers de drogues. Cette liste n'est bien évidemment pas exhaustive étant donné que les problèmes sociaux, tout comme l'action publique, peuvent rarement être cloisonnés et sont souvent liés entre eux.

#### ***d. La légitimation des problèmes sociaux***

Après la mise en place de la distribution de méthadone à Liège, le secteur associatif s'est aperçu que cela ne répondait pas aux besoins de la frange la plus désocialisée et précarisée des héroïnomanes. En effet, certains refusaient d'entrer dans les programmes de distribution de méthadone, d'autres en sortaient en cours de route, d'autres encore continuaient de consommer de l'héroïne ou d'autres substances tout en suivant le programme méthadone. C'est pourquoi le réseau associatif et la ville – via les contrats de sécurité – ont mis sur pied un groupe de réflexion<sup>103</sup> qui s'est penché sur différents projets, tels que les comptoirs d'échange de seringues, la délivrance contrôlée d'héroïne ou les salles de consommation à moindre risque. C'est dans ce cadre qu'ils ont imaginé l'organisation d'un colloque traitant de la délivrance d'héroïne « médicale ».

---

<sup>102</sup> BOLLETTE P., *art. cit.*, p. 47

<sup>103</sup> Celui-ci comprenait bien évidemment la ville et le réseau associatif, mais aussi des médecins, des pharmaciens, des membres du parquet, ...

### ***e. La mobilisation de l'action***

C'est ainsi qu'à Liège, un colloque international a été organisé en 1995 et s'intitulait « La délivrance contrôlée d'héroïne ». Cet événement a été cité par le responsable de la SCMR comme un moment essentiel, un tournant du projet TADAM qui contribuera à permettre, par la suite, l'ouverture de la SCMR. Il s'agissait vraisemblablement d'un moment important pour l'action publique relative à la toxicomanie à Liège. Non seulement parce que cela légitimait encore davantage le problème de la consommation d'héroïne à Liège et la nécessité de prendre des mesures de type « réduction des risques », mais aussi pour le caractère déjà engagé du colloque. En effet, le titre parle déjà de lui-même et laisse sous-entendre qu'une délivrance contrôlée d'héroïne est une évidence.

*« On avait organisé un gros colloque international qui s'appelait d'ailleurs « La délivrance contrôlée d'héroïne. » Il n'y avait ni point d'exclamation, encore moins de point d'interrogation, c'était un point. On avait déjà, en organisant le colloque, une certaine certitude. »<sup>104</sup>*

Des représentants éminents de Suisse et de Grande Bretagne avaient été invités, notamment pour parler de projets existants de délivrance contrôlée d'héroïne. A cette époque, notre interlocuteur était responsable des contrats de sécurité<sup>105</sup> au niveau de la ville de Liège. Au terme du colloque, le secteur associatif et la ville de Liège (via les contrats de sécurité) ont soutenu publiquement la mise en place d'un tel projet.

Cette position a été décriée, selon lui, par les médias, la société civile, le parquet de Liège, le politique, et même le corps médical – qui avait pourtant soutenu la délivrance des produits de substitution (méthadone,...) alors que c'était encore illégal à l'époque.

Il a alors fallu convaincre du bien-fondé du projet, de son intérêt d'utilité publique. Les intervenants ont d'abord fait du lobbying auprès du corps médical, et plus précisément de la commission médicale provinciale, qui a proposé la mise en place d'un essai clinique encadré par une université avec un protocole défini.

---

<sup>104</sup> Extrait de l'entretien avec le responsable de la SCMR de Liège

<sup>105</sup> La première collaboration entre le secteur associatif liégeois actif en toxicomanie et la Ville de Liège – via les contrats de sécurité – avait donné lieu à l'ouverture du premier comptoir d'échange de seringues à Liège dans les années 90'.

Une fois que la ville, le secteur associatif, le corps médical étaient convaincus ou soutenaient le projet et après l'élaboration du protocole clinique, à force de persuasion, le consensus s'est élargi aux pouvoirs de police et au parquet local.

En 1999, lors de la mise en place du gouvernement Verhofstadt<sup>106</sup> 1<sup>er</sup>, Liège a été désignée, dans le cadre de la mise en place d'un plan stratégique de sécurité, comme projet pilote.

Dans les propositions émises par la Ville de Liège au gouvernement fédéral figuraient la délivrance contrôlée d'héroïne et la mise en place d'une SCMR. La mise en place des deux projets simultanément n'étant pas à l'ordre du jour, notamment en fonction des fonds disponibles, la Ville de Liège a décidé de concrétiser le projet de délivrance contrôlée d'héroïne plutôt qu'une SCMR car le projet était plus avancé, notamment via l'élaboration préalable du protocole clinique, et qu'il heurterait moins l'opinion publique. En effet, cela restait une expérimentation médicale contrôlée et non un lieu où « on autorise les toxicomanes à consommer des drogues illégales ». Une commission<sup>107</sup> a été mise sur pied pour accompagner le projet.

### ***Le projet TADAM***

C'est en 2007 que l'accord a été donné et les fonds libérés par le fédéral pour un essai clinique de deux ans de délivrance contrôlée d'héroïne médicale à Liège. Aucun des hôpitaux liégeois ne voulant porter seul le projet, la fondation TADAM<sup>108</sup> a été créée, la direction en étant assurée par l'ancien directeur des contrats de sécurité de la ville de Liège. Elle est composée de six institutions, dont trois hôpitaux généraux, un hôpital psychiatrique et deux institutions publiques :

- Le Centre Hospitalier Chrétien (CHC) de Liège ;
- le Centre Hospitalier Régional (CHR) de la citadelle ;
- l'Hôpital du Bois de l'Abbaye ;
- l'Hôpital Psychiatrique Isocèle ;
- la Ville de Liège ;

---

<sup>106</sup> Gouvernement Verhofstadt 1<sup>er</sup> : du 12/07/1999 au 19/05/2003 composé des partis suivants : VLD / PS / Fédération PRL FDF MCC / SP / Ecolo / Agalev  
Gouvernements fédéraux depuis 1944. En ligne, site du CRISP (Centre de recherche et d'information socio-politique) : <http://www.crisp.be/documents-politiques/gouvernements/gouvernements-federaux/>, consulté le 31 mai 2019.

<sup>107</sup> La Commission Liégeoise d'Accompagnement du Programme de diacétylmorphine (CLAP)

<sup>108</sup> TADAM pour Traitement Assisté par DiAcétylMorphine

- la Province de Liège.

*« on a créé la fondation qui réunit quatre hôpitaux, trois hôpitaux généraux et un hôpital psychiatrique et parmi les hôpitaux généraux, deux sont des intercommunales comme l'hôpital psychiatrique donc les institutions publiques, et on a la société privée qui est le CHC, donc l'hôpital chrétien, le gros hôpital chrétien de Liège, plus la ville et la province de Liège, bon voilà ce qui fait la fondation encore actuellement »<sup>109</sup>*

Il aura fallu 3 ans pour préparer la mise en œuvre concrète du projet et franchir les derniers obstacles. Celui-ci a finalement débuté en 2011 et s'est naturellement clôturé en 2013. Fin 2013, l'Université de Liège a remis son rapport final<sup>110</sup> qui vantait les mérites et l'utilité du projet. Ledit rapport reconnaît la pertinence et l'adéquation du projet et émet des recommandations quant à sa mise en place sur du long terme.

Il est nécessaire, à ce stade, de préciser que toutes les voix n'étaient pas unanimes sur le succès du projet TADAM. En effet, le responsable de Start/Mass<sup>111</sup>, notamment, reste critique à différents égards. D'une part, il estime que le nombre de participants au projet (une soixantaine au total) n'est pas suffisant pour pouvoir objectiver les résultats, affirmer que c'est une réussite ou tirer des conclusions sur l'impact du projet sur la petite criminalité à Liège ou en termes de soins. D'autre part, aucun injecteur n'y a participé, cela ne fonctionnerait donc que pour les inhalateurs.

*« Il n'y a pas eu d'injecteurs. [...] Pour moi, s'il y a eu quand même un grand enseignement de cette expérience, c'est qu'il n'y a pas eu d'injecteurs. Le seul injecteur ne savait d'ailleurs pas s'injecter. Ceux qui sont venus, c'étaient des inhalateurs, donc qui ont été dans des fumoirs. Mais il n'y a pas eu d'injecteurs. Ce qui veut dire que le rituel de l'injection dans certaines conditions est très important pour l'usager, et que cette expérience n'a pas réussi à reproduire un minimum de conditions permettant le rituel »<sup>112</sup>*

---

<sup>109</sup> Extrait de l'entretien avec le responsable de la Fondation TADAM

<sup>110</sup> DEMARET I. et al., *art. cit.*, 48p.

<sup>111</sup> coordinateur thérapeutique de Start-Mass

<sup>112</sup> Extrait de l'entretien avec le coordinateur du centre bas seuil à Liège ayant pris en charge le groupe témoin du projet TADAM

Un mois après la publication du rapport, Willy De Meyer déposait néanmoins deux propositions de loi, l'une permettant la prescription de diacétylmorphine au même titre que les autres produits de substitution (méthadone, subutex, ...), la seconde permettant l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque<sup>113</sup>.

En 2015, la CIM Santé publique a demandé à la CGPD de se pencher, entre autres, sur les salles de consommation à moindre risque. La délivrance contrôlée d'héroïne ne faisait plus partie du débat politique à ce moment-là. L'année suivante, la CIM santé publique a déclaré que la mise en place d'une SCMR n'était pas une priorité<sup>114</sup>, mais ils ont commandité l'étude de faisabilité (BELSPO) évoquée précédemment.

### ***f. La formation d'un plan d'action officiel***

A ce moment, la fondation TADAM débattait et s'interrogeait sur la pertinence de récupérer les locaux du projet TADAM pour ouvrir une SCMR. Le choix de proposer la mise en place d'une SCMR plutôt que de pérenniser le projet de délivrance de diacétylmorphine se serait également opéré en raison du fait que ce second projet demandait aux personnes prises en charges de satisfaire à des conditions difficiles à remplir pour des personnes aussi désinsérées (preuve de l'établissement à Liège, du passé toxicomaniaque, ...), tandis qu'une SCMR reste réellement un dispositif bas seuil au sein duquel les conditions à remplir demeurent bien moins contraignantes.

La fondation TADAM a alors fait une offre de service à la ville de Liège afin d'ouvrir une SCMR et d'en devenir l'opérateur. La fondation disposant encore des locaux ayant servi au projet de traitement assisté par diacétylmorphine, pouvait être prête relativement rapidement.

Cependant, au vu de son statut d'illégalité, de l'enjeu de sa mise en place, des questions éthiques qu'un tel dispositif soulève et dans le but de lui donner les meilleures chances de réussite, la fondation a décidé d'aller rencontrer toutes les parties prenantes qui seraient impliquées de près ou de loin dans le projet afin de construire un consensus local.

---

<sup>113</sup> Pour de plus amples renseignements, se reporter au chapitre consacré au cadre législatif.

<sup>114</sup> Pour de plus amples renseignements, se reporter au chapitre consacré au cadre législatif.

### ***g. La mise en place concrète du plan d'action***

Etant donné que la mise en place d'une SCMR ne fait pas l'unanimité, comme nous l'indiquions, tant au niveau du débat public que politique, il a fallu convaincre les différents acteurs. Le Bourgmestre de Liège et le directeur de la fondation TADAM et futur coordinateur de la SCMR ont entamé une large concertation avec différents acteurs :

- Rencontre avec les **riverains** à qui il a fallu expliquer le projet et les convaincre de son bien-fondé ;
- Rencontre avec le **Parquet de Liège** qui – dans les conditions présentées – acceptait de ne pas engager de poursuites ;
- Rencontre avec la **commission provinciale médicale** qui s'est positionnée favorablement à condition que le soin et l'abstinence restent des objectifs à atteindre ;
- Discussion au sein du **conseil communal de Liège**, afin de convaincre les représentants politiques locaux ;
- Rencontre avec les **ministres régionaux** pour les mêmes raisons que le conseil communal ;
- Rencontre avec la **ministre fédérale de la santé**, Maggie De Block, qui ne pouvait soutenir publiquement le projet étant donné qu'il ne faisait pas l'unanimité au sein du gouvernement fédéral ;
- Rencontre avec le **ministre fédéral de la justice**, Koen Geens, qui trouvait le projet bien ficelé, qui constatait le soutien du Parquet mais qui estimait qu'il revient au Parlement de trancher la question. Il a alors suggéré d'initier le projet pour pousser le Parlement à légiférer en ce sens.

Au mois de mai 2018, la décision du conseil communal de la Ville de Liège fut unanime pour désigner la fondation comme opérateur du projet et lui accorder les fonds nécessaires. C'est ainsi que les locaux furent adaptés, le personnel engagé et envoyé en formation à Abrigado<sup>115</sup>, le protocole réadapté. La salle de consommation à moindre risque de Liège – Sâf ti<sup>116</sup> – a ouvert le 5 septembre 2018.

---

<sup>115</sup> Salle de consommation à moindre risque à Luxembourg.

<sup>116</sup> Sâf ti est le nom qui a été donné à la SCMR de Liège et signifie « protège-toi » ou « sauve-toi » en Liégeois.

Depuis lors, grâce au travail d'explication et de lobbying préalable à son ouverture, la salle a également obtenu un financement régional. En effet, Alda Greoli<sup>117</sup> confirmait le 11 avril 2019 dans un communiqué<sup>118</sup>, la conclusion d'une convention de 3 ans (courant de 2019 à 2021) entre la Région et la fondation privée TADAM pour le financement de la SCMR à concurrence de 830 000 € par an.

Les différents acteurs ayant permis la concrétisation du projet n'avaient peut-être pas tous les mêmes objectifs, mais ils ont pu se coordonner pour permettre sa mise en place.

*« Les intervenants en toxicomanie y voient – avant toute chose – l'amélioration de l'état de santé général de l'usager, l'amélioration des conditions d'hygiène. Là où les autorités publiques, et le bourgmestre en particulier, voient une belle opportunité pour diminuer toute la question des nuisances sociales publiques de la question liée aux drogues, réduire la visibilité des usagers qui consomment à gauche à droite »<sup>119</sup>*

Les premiers mois de fonctionnement ont permis au personnel et à la direction de la salle de réorienter le projet. En effet, certains points du règlement ou certains *modus operandi* ont dû être adaptés en fonction des premières expériences vécues.

Nous vous proposons à présent de nous pencher brièvement sur les premiers mois de fonctionnement de la salle. Nous avons également reconstitué une reproduction schématique de la SCMR de Liège afin de voir comment elle est agencée et comment les locaux ont été pensés.

### ***Sâf ti : la SCMR de Liège***

Après 6 mois de fonctionnement, les objectifs de Sâf ti sont en passe d'être remplis, étant donné qu'elle comptait déjà 363 inscrits, soit 121 % du public cible estimé et qu'elle comptabilisait 6292 actes de consommation, soit à peu près 35 par jour d'ouverture en moyenne. La salle pourrait accueillir jusqu'à 150 actes de consommation par jour maximum. Par ailleurs, les services connexes de la salle ont également été investis par les usagers (85 consultations médicales, 93 entretiens thérapeutiques, 126 démarches ou accompagnements sociaux et 428 soins infirmiers prodigués).

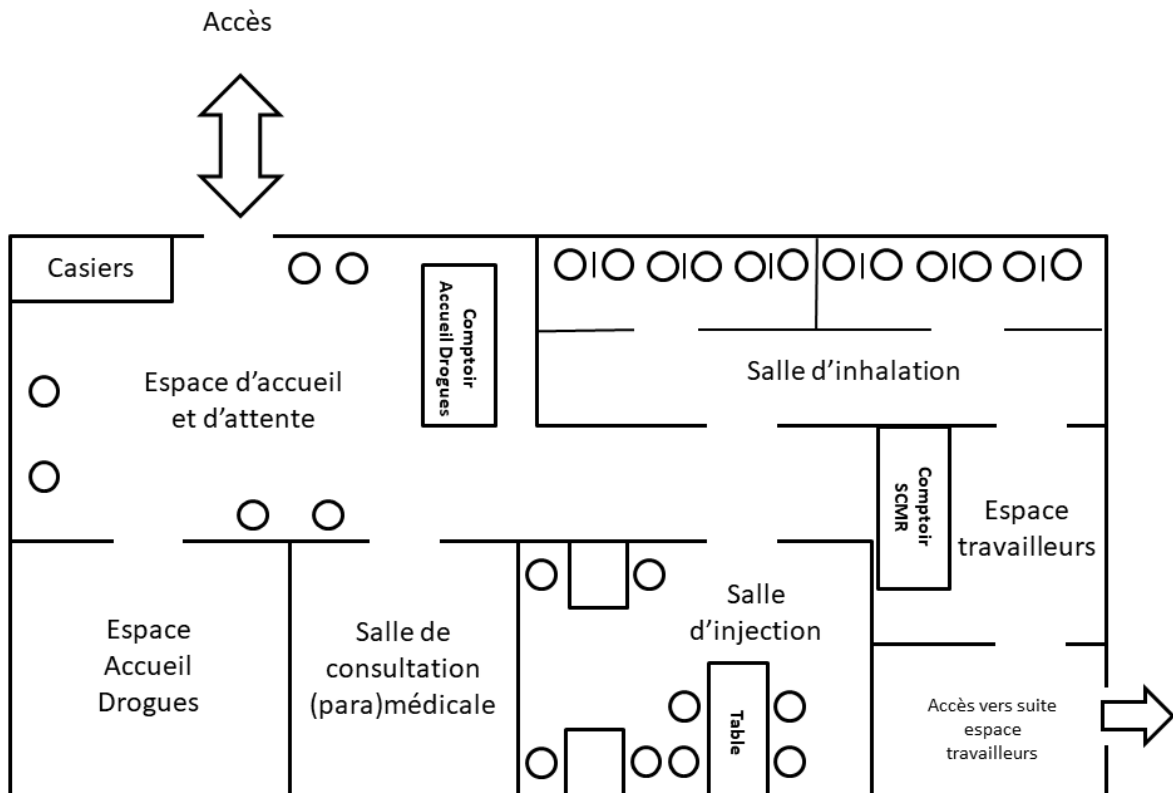
---

<sup>117</sup> Alda Greoli était alors vice-présidente du gouvernement wallon et Ministre de l'action sociale, de la santé, de l'égalité des chances, de la fonction publique et de la simplification administrative

<sup>118</sup> Site internet du Gouvernement Wallon, « Une convention de 3 ans pour la Fondation Tadam et sa salle de consommation à moindre risque ».

<sup>119</sup> Extrait de l'entretien avec le responsable d'un centre bas seuil à Liège

Nous avons tenté, ci-dessous, de reconstituer schématiquement la salle de consommation à moindre risque de Liège. Nous ne pouvons garantir l'exactitude du schéma, notamment en termes de proportion, mais cela donne une idée générale de la disposition des lieux.



- L'espace d'accueil et d'attente organisé par « Accueil Drogue » (antenne du centre ALFA - asbl active dans la réduction des risques) propose notamment un comptoir d'échange de seringues et de matériel nécessaire à la consommation. Les consommateurs peuvent y ramener leur matériel usagé et / ou disposer du matériel stérile pour limiter les risques d'infection et de propagation de certaines maladies.

Il n'y a pas d'obligation pour les personnes qui ramènent ou viennent chercher du matériel de consommer sur place.

Accueil drogue dispose également d'un autre espace permettant notamment de stocker leur matériel.

L'espace d'accueil dispose enfin de casiers pour que les consommateurs puissent y déposer leurs affaires et de chaises en attendant de pouvoir passer dans la salle de consommation à proprement parler.

- Un deuxième comptoir est tenu par les travailleurs de la SCMR. Les consommateurs se présentent là (par leur nom ou un identifiant unique, l'anonymat restant possible) pour montrer leur produit et dire de quelle manière ils comptent le consommer. S'ils partagent leur produit avec un autre consommateur, cela devra également se faire à ce comptoir en présence du travailleur et selon des règles strictes, afin d'éviter le deal au sein de la SCMR car cette pratique amènerait à une exclusion définitive des lieux.
- L'endroit dispose aussi d'une salle de consultation (para)médicale où travaillent les deux médecins généralistes de l'équipe, présents à des horaires définis, et les infirmiers qui prodiguent divers soins.
- Une salle de consommation pour les personnes optant pour la consommation par injection intraveineuse. Cette salle dispose de 8 places assises. Une table de quatre personnes et deux tables de deux personnes y sont disposées. Il est opportun de relever que les consommateurs sont assis face à face, en raison de l'exiguïté des lieux, contrairement à nombre d'autres SCMR où les consommateurs sont dans des sortes de boxes, face au mur (où sont généralement installés des miroirs).

Le temps de consommation au sein de cette salle est limité à 30 minutes. Tout le matériel nécessaire se trouve dans la salle et ils disposent chacun d'un garrot individuel.

Un infirmier est présent en permanence pour prodiguer des conseils pour une injection plus sûre, vérifier que tout se passe bien et leur amener le matériel dont ils auraient éventuellement besoin.

- L'espace d'en face est consacré aux personnes optant pour une consommation par inhalation. Il est séparé en deux parties et dispose au total de 12 tabourets, les personnes y étant assises face à face, deux par deux. Cet espace est équipé d'extracteurs de fumée et les consommateurs peuvent également y trouver le matériel nécessaire à leur consommation. Le temps dans cette salle est limité à 20 minutes.
- La dernière partie est l'espace consacré aux travailleurs. Celui-ci comprend leur matériel de travail et donne accès à une autre aile, uniquement accessible à ceux-ci et comprenant, entre autres, les espaces de réunions, ...

Nous allons à présent passer à l'analyse du processus de la mise en place d'une salle de consommation à moindre risque à Bruxelles.

## **II. Analyse de la Région de Bruxelles-Capitale**

### ***a. Introduction***

A Bruxelles, à l'heure actuelle, aucune salle de consommation à moindre risque n'a encore vu le jour. Comme nous l'indiquions précédemment, nous ne nous cantonnons pas à la Ville de Bruxelles, même s'il est probable que ce soit en son sein qu'une SCMR puisse s'ouvrir, car, comme nous le verrons, le jeu politique s'est joué différemment, comparativement à Liège, et les discussions, les débats, les acteurs ont dépassé les limites de la Ville de Bruxelles et se sont élargis au secteur associatif et aux différents cénacles politiques bruxellois.

Nous noterons aussi la complexité institutionnelle belge en termes de compétences, et cela se ressent peut-être d'autant plus à Bruxelles. En effet, Bruxelles est la Capitale du pays certes, mais il s'agit aussi d'une Région autonome, comportant 19 communes. Son statut de Capitale justifie qu'elle reste neutre linguistiquement, et donc bilingue. Cela a justifié la création de 3 institutions communautaires bruxelloises pour assumer les compétences communautaires à Bruxelles : la commission communautaire française (COCOF), la commission communautaire néerlandophone (COCON ou VGC) et la commission communautaire commune (COCOM). Nous n'entrerons pas davantage dans les transferts de compétences qui ont eu lieu entre les différentes entités fédérées à Bruxelles afin de ne pas alourdir inutilement l'analyse.

### ***b. Personnes rencontrées à Bruxelles***

Nous avons rencontré 3 personnes à Bruxelles, un député bruxellois (PS), le responsable de la Fedito bruxelloise et le coordinateur social de Transit (centre de crise pour usagers de drogues également actif en réduction des risques).

#### ***Rencontre avec un parlementaire bruxellois socialiste***

Julien Uyttendaele est un député bruxellois membre du parti socialiste. Nous avons demandé à le rencontrer car il fut à l'origine du décret sur les salles de consommation à moindre risque à Bruxelles qui a été voté récemment au niveau de la COCOF et qu'il a vécu les différents débats parlementaires y afférents. Par ailleurs, il fait partie du conseil d'administration de Transit.

### ***Rencontre avec le coordinateur social du centre Transit***

Kris Meurant est coordinateur social à Transit. Nous avons décidé de nous tourner vers cette institution qui porte de nombreux projets en réduction des risques et a récemment été nommée opérateur régional bruxellois en termes d'assuétudes par Bruxelles Prévention et Sécurité (BPS). Par ailleurs, Transit est pressenti pour devenir l'opérateur de la future SCMR de Bruxelles, tant par le secteur associatif que par le politique.

### ***Rencontre avec le directeur de la Fedito Bxl***

Sébastien Alexandre est le directeur de la Fedito BXL depuis 2013. La Fedito bruxelloise est une fédération dépendant de la COCOF et réunissant les institutions bruxelloises spécialisées dans la prise en charge des assuétudes. Elle ne se limite cependant pas aux institutions de la COCOF. Notre interlocuteur, avec son équipe, a pris part au lobbying vis-à-vis du politique pour défendre le projet du secteur d'ouvrir une SCMR à Bruxelles et soutenir d'autres actions de ce type. La Fedito bxl est indépendante de son alter ego wallon, même si leurs missions sont relativement similaires.

#### ***c. L'émergence des problèmes sociaux***

Un certain nombre d'éléments a déjà été avancé dans la partie dédiée au contexte social et culturel et dans la section relative à l'émergence des problèmes sociaux pour la ville de Liège. Une grande partie d'entre eux sont également valables pour Bruxelles. Nous tenterons donc ici de relever les éléments spécifiques à la capitale.

A Bruxelles, la drogue a toujours été présente et contrairement à nombre d'autres grandes capitales ou métropoles, les quartiers défavorisés ne se trouvent pas en périphérie mais à proximité du centre-ville, rendant ainsi la précarité plus visible<sup>120</sup>.

Par ailleurs, la drogue est réputée pour être présente dans des quartiers ou lieux-dits dans le Nord ou le Centre de Bruxelles, tels que la Bourse, certains quartiers de Molenbeek-Saint-Jean, le quartier Yser ou encore le quartier Alhambra.

---

<sup>120</sup> Même si aujourd'hui une gentrification s'opère dans différents quartiers et que les prix locatifs – notamment – tendent à devenir tellement chers que de plus en plus de bruxellois quittent la Capitale, dont les plus pauvres d'entre eux.

Bruxelles est une ville, une région et la capitale du pays et de l'Europe. Contrairement à la Wallonie, de manière générale, c'est un territoire très dense qui accueille un million d'habitants sur un territoire restreint et qui connaît une grosse problématique de précarité. Le nombre d'associations y est également élevé et cette proximité physique les amène aussi à se rencontrer.

#### ***d. La légitimation des problèmes sociaux***

C'est principalement la crainte d'être contaminé qui va donner une légitimité à l'aspect santé publique de la problématique de la drogue. En caricaturant, on pourrait dire qu'il devient nécessaire de se protéger contre ces marginaux qui pourraient devenir responsables de la propagation de ces maladies incurables. D'autant plus qu'il suffit d'une seringue abandonnée sur laquelle on se pique le doigt pour pouvoir contracter la maladie.

Les médias vont alors s'emparer de la question. Le secteur associatif se structure pour mettre au premier plan l'intérêt de s'occuper de la santé des usagers de drogue, y compris ceux qui ne sont pas abstinents ou engagés dans un processus d'abstinence, et cela, pour des raisons sanitaires mais également sécuritaires.

#### ***e. La mobilisation de l'action***

##### ***Plan bruxellois de réduction des risques***

Comme nous l'indiquions dans la partie relative au contexte social, l'asbl Modus Vivendi<sup>121</sup> a été créée en 1993 afin de se charger de la prévention du VIH pour les consommateurs de drogues. Elle avait pour objectif de coordonner toutes ces actions de prévention en communauté française. A ce titre, elle est subsidiée par la COCOF et l'AVIQ<sup>122</sup>. A ce jour, cette mission s'est élargie à l'ensemble des actions mises en place en RdR.

En 2014, Modus Vivendi, avec le soutien de la fedito bruxelloise et de la Coordination Locale Drogues Bruxelles (CLDB) a établi – à la demande de Cécile Jodogne, Ministre de la Santé de la COCOF – un Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues<sup>123</sup>, au vu des nouvelles compétences régionales et communautaires.

---

<sup>121</sup> Modus Vivendi, *op. cit.*, consulté le 07 juin 2019.

<sup>122</sup> Agence pour une vie de qualité dépendant de la Région wallonne

<sup>123</sup> VAN HUYCK C. et al (Modus Vivendi asbl), « *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues – carnet 9 I résumé et ensemble des actions prioritaires* ». Bruxelles, Janvier 2014, 25 pp.

## ***Les contrats de sécurité et la création de Transit***

En parallèle à la création de Modus Vivendi en 1992, le gouvernement fédéral donna naissance aux contrats de sécurité<sup>124</sup>, sous l'impulsion des ministres de l'intérieur et de la justice, suite aux émeutes de Cureghem la même année, dans le but de lutter contre le sentiment d'insécurité. L'idée étant de « rétablir la confiance de la population dans les autorités [et] de rétablir la qualité de vie »<sup>125</sup>. Pour ce faire, les pouvoirs locaux (certaines villes et communes où le sentiment d'insécurité est important) se voient attribuer des budgets et des missions pour atténuer les facteurs<sup>126</sup> considérés comme étant la source du sentiment d'insécurité.

A Bruxelles, c'est dans ce cadre qu'a été créée l'asbl Transit en 1995, qui aujourd'hui encore accueille des toxicomanes en pratiquant le bas seuil<sup>127</sup> d'accessibilité. L'idée initiale<sup>128</sup> était de créer un outil dédié aux forces de police pour qu'ils aient un « point de chute » où déposer les personnes interpellées pour des faits de stupéfiants et pour qui il n'était pas indiqué de les déférer devant le parquet, diminuant la « frustration » policière de les voir relaxés systématiquement. De plus, il était admis que la réponse répressive n'était plus suffisante.

Des MASS<sup>129</sup> ont vu le jour à Bruxelles à la même période, les deux institutions étant appelées à collaborer afin notamment, de permettre à Transit de travailler dans de bonnes conditions en termes d'ouverture de soins. De ce fait, Transit n'a jamais « médicalisé » son offre et travaille en collaboration avec d'autres centres (MASS, LAMA...) pour les aspects liés au soin de manière générale.

L'idée initiale du politique était d'ailleurs d'ouvrir un centre similaire à Transit dans chaque arrondissement judiciaire, chaque fois couplé à une MASS, mais au vu du coût que cela représentait, Transit demeure encore aujourd'hui le seul centre de ce type du royaume.

---

<sup>124</sup> STREBELLE C., « *Quel bilan peut-on tirer des contrats de sécurité ?* ». Liège, Journal du droit des jeunes, n°220, décembre 2002, p. 4

<sup>125</sup> STREBELLE C., *art. cit.*, p. 5

<sup>126</sup> Parmi ceux-ci, on retrouve une police trop éloignée de la population, le décrochage scolaire ou encore la prise en charge de la toxicomanie

<sup>127</sup> Le bas seuil d'accessibilité signifie que les personnes ne doivent pas remplir de conditions (ou peu) pour avoir accès aux services proposés – ces conditions contraignantes peuvent être de bénéficier d'un revenu, de papiers d'identité, d'une mutuelle en ordre ou encore d'être abstinent. Cela permet généralement de garantir l'accès au service aux personnes les plus précarisées et désinsérées.

<sup>128</sup> CARTUYVELS Y., « *Insécurité et prévention en Belgique: les ambiguïtés d'un modèle «global-intégré» entre concertation partenariale et intégration verticale* ». Déviance et société, vol. 20, n°2, 1996, pp. 153 – 171

<sup>129</sup> Maison d'accueil socio-sanitaire

Cependant, contrairement à la ville de Liège, la mise en place des contrats de sécurité et l'ouverture du centre Transit ont engendré un certain nombre de tensions entre les autorités locales et le secteur déjà en place et œuvrant à la prise en charge des toxicomanes. En effet, le secteur associatif se plaignait de n'avoir pas été concerté pour identifier les besoins et y donner une réponse adaptée, mais au-delà de ça,

*« divers acteurs se sont inquiétés de l'ampleur symbolique, matérielle et financière prise par les contrats de sécurité alors que leurs propres modes de subordination traditionnels se réduisaient considérablement et que, de manière générale, la politique sociale, touchée elle aussi par le vent de la contractualisation, se contractait sensiblement »<sup>130</sup>.*

*« Là où l'Etat social assurait une relative autonomie aux acteurs d'un champ socio-sanitaire clairement dissocié du système de l'administration de la justice pénale, privilégiant dans certains champs un modèle de coopération conflictuelle, apparaît aujourd'hui un champ «socio-sanitaire-pénal» en voie d'unification, privilégiant un mode de collaboration plus consensuelle que négociée autour du concept de contrôle social territorial. Cela n'a pas été sans provoquer un certain nombre de réactions auprès des acteurs de terrain. »<sup>131</sup>*

En réponse à ces inquiétudes, les promoteurs du projet reprochaient au secteur un repli corporatiste et la crainte de concurrents potentiels adoptant de nouvelles méthodes de travail.

Cela traduit en effet, comme nous l'avons dit précédemment, un nouveau paradigme où le curatif (cure, postcure, ...) n'est plus l'unique réponse au problème de la toxicomanie. Cela marque, dans le même temps, l'avènement de la politique de réduction des risques, qui pourtant complète véritablement l'offre existante sans la remplacer pour autant<sup>132</sup>. Les inquiétudes du secteur, au-delà de ce changement de paradigme, portaient sur l'ouverture d'un centre émanant de l'intérieur dont la mission officielle était de réduire les nuisances sociales et n'avait pas pour vocation – a priori en tous cas – de s'insérer dans le réseau de soins.

---

<sup>130</sup> CARTUYVELS Y., *art. cit.*, p. 159

<sup>131</sup> CARTUYVELS Y., *Idem*, p. 159

<sup>132</sup> A l'aune de la théorie de Blumer, nous constatons que la mise en place concrète d'une politique participe de la redéfinition du problème à laquelle elle tente de répondre, cela engendrant un repositionnement des différentes parties prenantes afin d'élaborer un nouveau plan d'action en fonction de l'évaluation de la première politique mise en place et du réajustement de la définition donnée au problème

Cependant, c'est cette étiquette « intérieur et sécurité » qui permet à Transit d'accueillir dans des conditions bas seuil d'accès et c'est notamment pour cette raison qu'ils ont développé des projets de réduction des risques, car cela répondait à un besoin réel, et que cet accueil et ces services permettent aussi de réduire les nuisances sociales tout en complétant l'offre des services de soin.

Près de 30 ans plus tard, Transit a sensiblement augmenté son offre de services en élargissant son champ d'action à diverses initiatives<sup>133</sup> en réduction des risques et s'est fait une place dans le secteur toxicomanie bruxellois. Non seulement les tensions se sont estompées avec le temps, mais il est considéré par le secteur comme un véritable allié. Au demeurant, les synergies avec le réseau sont nombreuses.

Il est encore important de noter, à ce stade, que les contrats de sécurité portent aujourd'hui le nom de « Plans stratégiques de Sécurité et de Prévention » et sont toujours financés par le SPF intérieur. Mais les régions ont obtenu de nouvelles compétences suite aux différentes réformes de l'Etat et c'est donc aujourd'hui la Région de Bruxelles-Capitale qui subsidie majoritairement l'association via le Plan Global de Sécurité développé ci-après.

Nous insistons sur cet acteur car nous verrons qu'il pourrait bien occuper une place importante dans la mise en place d'une SCMR à Bruxelles. Nous y reviendrons par la suite.

## ***f. La formation d'un plan d'action officiel***

### ***Plan Global de Sécurité et de Prévention***

Toujours dans la lignée de la sixième réforme de l'Etat, un Conseil Régional de Sécurité fut créé, comportant « *le parquet de Bruxelles, le directeur coordinateur administratif et le directeur judiciaire de la police fédérale, les présidents des collèges de police et les chefs de corps des zones de police de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale* »<sup>134</sup>.

---

<sup>133</sup> Centre de crise, centre de jour, comptoir d'échange de seringues, travail avec les (ex) détenus, studios supervisés, travail de rue, conventions avec des sociétés de logements sociaux, opérateur régional Bruxelles assuétudes, formations et espace femmes

Informations issues du Rapport d'activité : ASBL Transit, « *Transit asbl I Rapport d'activité 2017* ». Bruxelles, 19 juin 2018, pp. 9 à 13

<sup>134</sup> BRUXELLES PREVENTION & SECURITE, « *Plan global de sécurité et de prévention* ». Bruxelles, 2017, p. 3

Bruxelles Prevention & Sécurité (BPS) a rédigé en 2017, un Plan Global de Sécurité et de Prévention<sup>135</sup> comprenant 10 thématiques et mesures. Nous allons nous pencher sur la troisième d'entre elles, exclusivement consacrée aux drogues et assuétudes.

BPS entend promouvoir une politique globale et intégrée tout en défendant une approche relevant avant tout de la santé publique. C'est lourd de sens de constater que le changement de paradigme s'opère petit à petit, étant donné qu'une institution sécuritaire elle-même, préconise une politique sanitaire, considérant que les mesures répressives ne doivent être envisagées qu'en dernier recours.

Ils souhaitent également prêter une attention particulière aux approches « bas seuil » et continueront de solliciter officiellement une modification de l'article 3 de la loi de 1921 afin de permettre d'ouvrir de nouveaux services plus en phase avec la réalité actuelle.

Ils prévoient de créer un « *centre intégré à très bas seuil d'accès [...] qui permettra la combinaison des services et approches* »<sup>136</sup> et une « *structure favorisant les synergies entre les structures locales actives en matière de prévention des assuétudes* »<sup>137</sup>

Selon notre interlocuteur de Transit, le centre intégré réunira Transit, Médecins de Monde et le Lama Anderlecht et disposerait de deux sites d'hébergement, de consultations généralistes et spécialisées, d'un espace RdR, et peut-être d'une SCMR et d'un projet de diacétylmorphine, en fonction de l'évolution de la législation.

Enfin, en termes de réduction des risques, ils envisagent de renforcer les programmes existants (comptoirs d'échange de seringues, ...).

C'est également via ce plan, comme nous l'indiquions, que Transit reçoit la grande majorité de ses subsides. Il a également été nommé opérateur régional en termes d'assuétudes.<sup>138</sup>

### ***SCMR – Quel modèle pour Bruxelles ?***

Il nous paraît important de préciser, à ce stade, que la SCMR envisagée par Bruxelles (politique et secteur associatif) diffère quelque peu de celle de Liège.

---

<sup>135</sup> BRUXELLES PREVENTION & SECURITE, *op. cit.*, 63p.

<sup>136</sup> BRUXELLES PREVENTION & SECURITE, *Idem*, p. 21

<sup>137</sup> BRUXELLES PREVENTION & SECURITE, *Ibidem*, p. 22

<sup>138</sup> Sorte de plateforme et d'observatoire des drogues pour la Région

En effet, tant l'étude Drugroom<sup>139</sup> que le secteur préconisent un modèle de SCMR s'apparentant au modèle barcelonais. Concrètement, cela signifie l'ouverture d'une salle principale et la mise en place « d'antennes » ou de « satellites » comprenant un nombre plus restreint de postes de consommation intégrés à des dispositifs existants. Selon les acteurs bruxellois, cette configuration aura divers avantages. Premièrement, cela permettra de désengorger la salle principale de consommation. Deuxièmement, cela offrira aux usagers un espace de consommation « de proximité ». Ainsi, ils n'auront pas à traverser la ville pour avoir accès à un espace de consommation « sécurisé ». Troisièmement, cette configuration favoriserait l'utilisation des ressources des dispositifs auxquels seront intégrés ces satellites pour « accrocher » leur public. Enfin, cela permettrait une mise en réseau efficace des différents acteurs.

Les satellites seraient intégrés à des services déjà actifs en RdR travaillant avec un bas seuil d'accessibilité, tels que Dune<sup>140</sup>.

Le responsable de la SCMR de Liège met tout de même en garde contre ce modèle, estimant qu'une salle de consommation nécessite du personnel spécifique et suffisant, et que ce dispositif ne peut être pris à la légère. De plus, l'infrastructure, notamment pour l'inhalation, nécessite des aménagements coûteux. Il estime donc que les moyens humains et financiers doivent être suffisants, ce dont le secteur bruxellois a bien conscience. Il considère, en outre, que le personnel encadrant doit être formé et spécifiquement dédié aux SCMR.

### ***Avancées parlementaires***

Attelons-nous à présent à l'analyse des avancées législatives propres au territoire bruxellois.

Le 15 juillet 2016, la commission santé du Parlement francophone bruxellois<sup>141</sup> a adopté des amendements au 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. Ces amendements constituaient la reconnaissance officielle de la Réduction des Risques à Bruxelles et découlaient, entre autres, du Plan bruxellois<sup>142</sup> évoqué précédemment.

---

<sup>139</sup> VANDER LAENEN F. et al, *art. cit.*, 258 p.

<sup>140</sup> DUNE – pour Dépannage d'Urgence de Nuit et Échanges – est un service bruxellois de RdR. Ils remplissent des missions d'information, de prévention, d'écoute, d'accueil, d'accompagnement et de RdR via différents dispositifs (CES, formation, réunions de coordination, maraudes, ...)

<sup>141</sup> Assemblée de la Commission communautaire française

<sup>142</sup> VAN HUYCK C. et al (Modus Vivendi asbl), *op. cit.*, 25 pp.

Ce même jour, 3 députés écolo (Maron, Genot & Huytebroeck) ont déposé un amendement<sup>143</sup> au projet de décret devant ce même parlement pour permettre l'éventualité d'ouvrir une SCMR à Bruxelles. Cependant, celui-ci n'a pas été retenu par les parlementaires. Il est étonnant de noter que Julien Uyttendaele – à l'instar de ses collègues du PS – a voté contre l'amendement<sup>144</sup>.

*« Cet amendement permet d'ouvrir les possibilités de réduction des risques de l'ensemble des dispositifs qui pourraient exister dans le futur et permet de définir la notion de la manière la plus large possible. Le fait de ne pas stipuler les dispositifs de salle de consommation pourrait signifier, implicitement, qu'ils sont exclus des possibilités d'action »*<sup>145</sup>

Le 18 octobre 2016, le centre Transit a organisé une visite parlementaire à Paris, à la demande de Julien Uyttendaele. Des députés des différentes formations politiques (Défi, MR, CDH, Ecolo et PS), tous membres de la commission santé du Parlement bruxellois, se sont rendus avec des représentants du secteur associatif bruxellois (Dune, Fedito BXL, Modus Vivendi et Transit) à Paris pour rencontrer le Maire de Paris, les responsables d'une SCMR et les responsables d'un projet de stéribox<sup>146</sup>.

Cette visite fût essentielle pour les parlementaires qui ont pu se convaincre par eux-mêmes du bien fondé de tels dispositifs. C'est, selon notre interlocuteur parlementaire, ce qui a permis d'avoir enfin un consensus sur ces questions au sein du groupe francophone du Parlement bruxellois

*« Par cette visite, il y a vraiment eu un changement frontal de mentalité auprès de mes collègues des autres partis parce qu'ils se sont rendu compte de l'efficacité de ce système. [...] Il y a eu un représentant, voire deux représentants par parti, ils sont*

---

<sup>143</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « Séance plénière du vendredi 15 juillet 2016 : Compte rendu ». Bruxelles, C.R. n°37 (2015 – 2016), 15 juillet 2016, p. 46

<sup>144</sup> De vifs débats ont eu lieu lors de la discussion, notamment entre Messieurs Maron et Uyttendaele, sur les raisons de ce refus. Pour plus de détails, je vous renvoie au compte rendu référencé ci-dessus.

<sup>145</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « Projet de décret : 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 et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la sixième réforme de l'Etat ». Bruxelles, 56 (2015 – 2016), n°3, p. 2

<sup>146</sup> Bornes d'échange de matériel stérile sur le territoire public disponibles 24h/24, 7jours/7.

*venus et on a vu sur place. Moi j'étais convaincu, mais il fallait que les autres le soient »<sup>147</sup>*

Le 4 mai 2018, Julien Uyttendaele faisait passer une résolution<sup>148</sup> au niveau de la COCOF, permettant la mise en place de stéribornes<sup>149</sup> en Région bruxelloise.

Le 11 décembre 2018, Maron et Genot (Ecolo) déposaient une nouvelle proposition d'ordonnance<sup>150</sup> relative à la réduction des risques liés aux usages de drogues, qui ne sera pas retenue. Cette ordonnance visait une reconnaissance au niveau de la COCOM de la réduction des risques, tel que c'est le cas au niveau de la COCOF et faisait référence, en ce qui concerne l'ouverture d'une SCMR, à un avis<sup>151</sup> du Conseil d'Etat qui reconnaît la possibilité à la COCOM, dans le cadre des compétences implicites, d'interpréter la loi de 1921 en faveur de l'ouverture d'une SCMR.

Le troisième chapitre de cette proposition a trait aux missions sectorielles. Au sein du troisième article de cette proposition, le premier paragraphe porte sur les activités exercées par le service actif en réduction des risques. Or, au point 5, le législateur fait référence à la mise en place d'une SCMR<sup>152</sup> à Bruxelles selon ces termes :

*« La promotion et la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques, y compris dans un local dédié à cette fin. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances psychoactives ou classées comme stupéfiants afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications*

---

<sup>147</sup> Extrait de l'entretien avec Julien Uyttendaele

<sup>148</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « *Séance plénière du vendredi 4 mai 2018 : Compte rendu* ». Bruxelles, C.R. n°64 (2018 – 2019), 4 mai 2018, 31 pp.

<sup>149</sup> Nom bruxellois des stéribornes françaises, il s'agit donc de bornes d'échange de matériel stérile sur le territoire public disponibles 24h/24, 7jours/7, ces bornes permettent également d'y laisser le matériel usager

<sup>150</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée réunie de la Commission communautaire commune), « *Proposition d'ordonnance relative à la réduction des risques liés aux usages de drogues* ». Bruxelles, B-142/1- 2018/2019, 11 décembre 2018, 13 pp.

<sup>151</sup> Conseil d'Etat – section de législation, « *Avis 61.472/3 du 4 juillet 2018 sur une proposition d'ordonnance 'relative à la réduction des risques liés à la toxicomanie'* (Doc.Parl. Parl. Rég. Brux-Cap., 2016-17, n° B-75/1) », 23 pp.

<sup>152</sup> En témoigne le commentaire rattaché au même article.

*sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation* »<sup>153</sup>

Le 26 avril 2019, Julien Uyttendaele<sup>154</sup> (PS) faisait passer un décret spécifique aux SCMR<sup>155</sup> devant la COCOF, cette fois.

L'objectif de ce nouveau texte étant de « *faire adopter un texte qui ne souffre d'aucune fragilité juridique* »<sup>156</sup>. Celui-ci n'a pas été introduit au niveau de la COCOM car, bien qu'il fasse la quasi-unanimité<sup>157</sup> au sein du groupe francophone du parlement bruxellois, il faut une double majorité pour faire passer un texte au niveau de la COCOM – une majorité globale et une au sein des deux groupes linguistiques – or, il n'a pas été possible d'obtenir une majorité du côté néerlandophone. C'est probablement la raison pour laquelle les différents textes déposés par Ecolo n'ont pas été retenus. Notre interlocuteur du Parlement bruxellois nous dira à cet égard :

*« Si c'est passé à la Cocof plutôt qu'à la Cocom, c'est pour des raisons strictement politiques, car je n'avais pas un accord avec les partis néerlandophones, je n'avais pas de majorité, donc il était inutile de déposer un texte qui n'aurait pas été voté. Au niveau de la Cocom, il faut une double majorité, une majorité globale et une majorité par groupe linguistique. Il aurait été possible d'avoir une majorité globale mais probablement pas linguistique auprès des néerlandophones. C'était donc stratégique. Idéalement, il faudrait aussi passer par la Cocom. C'est l'objectif pour la prochaine législature »*<sup>158</sup>

Il est, en effet, admis qu'une ordonnance au niveau de la COCOM serait préférable. Ecolo pousse également en ce sens.

---

<sup>153</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée réunie de la Commission communautaire commune), *op. cit.*, p. 10

<sup>154</sup> Cette proposition de décret était cosignée – outre Julien Uyttendaele (PS) – par André Du Bus de Warnaffe (CDH), Fabien Maingain (Défi) & Zoé Genot (Ecolo). Fabien Maingain est par ailleurs échevin à la Ville de Bruxelles, or c'est justement son bourgmestre qui a déclaré vouloir accueillir une SCMR sur son territoire

<sup>155</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « *Séance plénière du vendredi 26 avril : Compte rendu* ». Bruxelles, C.R. n°79 (2018 – 2019), 26 avril 2019, pp. 31 à 36

<sup>156</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « *Proposition de décret : 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 de salles de consommation à moindre risque* ». Bruxelles, 140 (2018-2019) n° 2, 26 mars 2019, p. 6

<sup>157</sup> Seul le député MR Willem Draps s'est positionné défavorablement. Cf. Compte rendu de la séance plénière du 26 avril 2019.

<sup>158</sup> Extrait de l'entretien avec Julien Uyttendaele

*« Certes, le groupe Ecolo aurait privilégié de travailler dans le cadre de la Commission communautaire commune, eu égard aux marges budgétaires plus larges, d'une part, et au fait que certains services actifs en ce domaine, tels que Transit, appartiennent au secteur bicommunautaire, d'autre part. Il faudra donc trouver une solution pour permettre à ces services d'utiliser le biais proposé ce jour »<sup>159</sup>.*

Comme nous l'indiquions, la visite parlementaire à Paris aura été déterminante pour convaincre les différentes couleurs politiques du bien-fondé des dispositifs de stérilisation et de salles de consommation à moindre risque. Au demeurant, dans les compte-rendus des séances plénières de la Cocof du 4 mai 2018 et du 26 avril 2019, validant respectivement la mise en place de ces deux dispositifs, toutes les couleurs politiques ayant pris la parole ont fait référence à cette visite parlementaire. Cela aura donc permis de faire évoluer les mentalités et, in fine, les positions politiques sur la réduction des risques.

A présent, selon notre interlocuteur socialiste, le cadre législatif a été modifié et adapté de telle manière que l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque devient possible. Il appartient maintenant au secteur de se mobiliser pour introduire une demande d'agrément bien ficelée afin d'obtenir les autorisations et les financements nécessaires qui permettront le déploiement d'une SCMR à Bruxelles.

*« Par rapport à Liège et à la Wallonie de manière générale, eux ils ont fait voter une résolution. Une résolution ça n'a pas une valeur légale. Donc en gros, la loi de 1921 s'applique toujours »<sup>160</sup>*

Il notera d'ailleurs, tant dans le compte-rendu de séance plénière au Parlement que dans le cadre de notre entretien, qu'il tenait à offrir un cadre suffisamment sécurisant au secteur pour ne pas mettre les travailleurs en difficulté, comme c'est le cas à Liège.

---

<sup>159</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « Proposition de décret : *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 de salles de consommation à moindre risque* ». Bruxelles, 140 (2018-2019) n° 2, 26 mars 2019, p. 6

<sup>160</sup> Extrait de l'entretien avec un parlementaire socialiste bruxellois

## ***Etat des lieux de la situation bruxelloise***

A ce jour, un décret<sup>161</sup> est donc passé au niveau de la COCOF pour permettre l'ouverture d'une SCMR à Bruxelles par le biais des compétences implicites, en interprétant l'article 3 de la Loi de 1921 de telle sorte que le dispositif soit rendu possible<sup>162</sup>. Les autorités espèrent éviter le dépôt d'un recours devant la Cour Constitutionnelle qui pourrait annuler ce décret, bien qu'ils aient argumenté le recours aux compétences implicites. Cependant, ce décret ne permet pas l'ouverture de la grande salle, notamment en raison du cadre de personnel qui y est spécifié, mais il permettrait l'ouverture d'une ou plusieurs antenne(s). Il est également à noter que les moyens de la COCOF sont limités et qu'il sera dès lors compliqué de dégager des fonds.

Le secteur assuétudes bruxellois estime également qu'il serait insensé d'ouvrir une antenne avant la salle principale, étant donné qu'un des objectifs de ces satellites est de désengorger la grosse salle. En effet, l'ouverture d'un dispositif avec un nombre restreint de postes de consommation serait rapidement saturé et cela aurait un effet contre-productif vis-à-vis des objectifs visés.

Dès lors, il faudrait que la Région, via ses compétences sécuritaires ou la COCOM, via ses compétences de santé, puisse légiférer pour permettre l'ouverture d'une SCMR à Bruxelles. Une autre possibilité serait de faire passer le projet directement via le gouvernement par un arrêté ministériel sans passer par le Parlement (de la Région) ou l'Assemblée Réunie (de la COCOM).

Transit est clairement identifié, tant par le secteur que par le politique, comme le futur opérateur de la salle bruxelloise. L'institution veut toutefois faire cela en collaboration avec d'autres acteurs bruxellois de bas seuil, et rester en lien avec le secteur dans son ensemble.

*« L'idée, pour la ville de Bruxelles, c'est que Transit devienne l'opérateur autour de la création de cette salle et l'idée pour nous, c'est de le faire, mais de le faire en collaboration avec des associations du secteur proche au niveau des assuétudes [...] Ce n'est pas le projet de l'un ou de l'autre mais de tout un secteur »<sup>163</sup>*

---

<sup>161</sup> Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française), « *Séance plénière du vendredi 26 avril : Compte rendu* ». *op. cit.*, pp. 31 à 36

<sup>162</sup> Il s'agissait de la seconde possibilité législative proposée par l'étude Drugroom

<sup>163</sup> Extrait de l'entretien avec notre interlocuteur de Transit

Le volet médical, selon notre interlocuteur auprès de Transit, pourrait notamment être assuré par des dispositifs comme le Lama ou la MASS de Bruxelles, non seulement car cela a du sens de travailler avec des services spécialisés dans ce créneau-là, mais aussi parce que cela rassure les autorités et ouvre des perspectives en termes de soin. D'autres comme Dune, Modus Vivendi ou encore la Fedito ont également un rôle à jouer, estime-t-il, et les collaborations ne s'arrêteront pas là.

En 2016, Philippe Close, bourgmestre de Bruxelles, a également affirmé que s'il était réélu, il souhaitait voir s'ouvrir dans sa ville une SCMR avant la fin de l'année 2019. Un comité de quartier à Yser a également émis le souhait d'un tel dispositif.

Vu la nouvelle conjoncture politique à Bruxelles suite aux élections régionales de 2019, le directeur de la Fedito Bxl pense que les textes nécessaires pourraient tout à fait passer au niveau de la Région, étant donné qu'il y a déjà une unanimité du côté francophone, et que si le dispositif se trouve directement dans le nouvel accord de gouvernement négocié avec les partis néerlandophones, cela pourrait se concrétiser sous peu. D'autant que One.Brussels<sup>164</sup> a déjà marqué son intérêt pour l'ouverture d'une SCMR, que Groen est soutenant vis-à-vis des projets de RdR et que l'Open VLD pourrait ne pas bloquer le projet. Ces derniers participent d'ailleurs à des réunions organisées par la Fedito.

Bien que des avancées législatives soient encore attendues, le secteur continue de construire le projet comme il peut. Transit a, à ce titre, engagé une personne pour travailler à l'ouverture d'une SCMR à Bruxelles :

*« Voilà, moi aujourd'hui pour Bruxelles, ça avance en sous-marin. Je pense que là, il y a des discussions entre la ville, la Région, le parquet, les zones de police pour trouver un accord et qu'un moment donné s'officialise, par la voix de Close, une directive autour de la création de la salle. On en est là. Nous, on travaille en back-up depuis quand même quelques mois avec la planification d'une salle, autant de postes, tel métré, ce qui pour nous serait le meilleur dispositif à orchestrer pour Bruxelles, sachant qu'il n'y a pas si longtemps, il y avait l'étude drugroom qui mettait réellement en évidence, et là on ne peut que soutenir aussi cette étude, qui mettait en évidence que le meilleur modèle pour Bruxelles était le modèle barcelonais »<sup>165</sup>.*

---

<sup>164</sup> Branche bruxelloise du SPA

<sup>165</sup> Extrait de l'entretien avec le coordinateur social de Transit

### ***g. La mise en place concrète du plan d'action***

Comme nous venons de le voir, chacun continue, à son niveau, à avancer sur le projet mais il n'y a pas encore de SCMR à Bruxelles. Nous ne pouvons donc rien dire, à ce stade, de la mise en place concrète du plan d'action pour Bruxelles. Cependant, nous allons à présent voir quelles pourraient être les perspectives d'avenir pour Bruxelles, mais également pour Liège et à un niveau national.

## **III. Perspectives d'avenir**

Le coordinateur de la SCMR de Liège plaide pour une coordination au niveau national des différents projets de salles de consommation à moindre risque. Il estime qu'il serait pertinent que les initiateurs du projet bruxellois se mettent en contact avec l'équipe de TADAM, d'une part pour pouvoir partager leurs expériences respectives et faire profiter Bruxelles de leur courte expérience de fonctionnement, d'autre part, pour faire front vis-à-vis du politique et pousser le gouvernement fédéral à modifier la loi de 1921, notamment l'article 3 qui empêche encore actuellement leur reconnaissance légale comme dispositif d'intérêt public en termes sanitaires et de réduction des risques.

*« Je souhaiterais moi, on souhaiterait qu'on puisse avoir un peu plus de cohérence sinon ça va partir dans tous les sens et si ça part dans tous les sens entre les entités, ceux qui ne voudront pas au fédéral continueront à dire qu'ils ne veulent pas et bloqueront toute volonté de réforme de la loi de 21 »<sup>166</sup>*

Le coordinateur de Start/Mass, quant à lui, estime qu'il pourrait y avoir plus de coordination entre la SCMR de Liège et les autres membres du réseau institutionnel liégeois actif dans le secteur de la toxicomanie, et de la RdR en particulier, pour permettre aux consommateurs fréquentant la salle, d'avoir accès à d'autres types de services de réduction des risques, ou de passer, s'ils le souhaitent, à un programme de substitution ou de soins. Il est bien conscient cependant, que la salle a ouvert récemment et qu'il faut peut-être du temps pour que ces synergies puissent se mettre en place.

---

<sup>166</sup> Extrait de l'entretien avec le responsable de la SCMR

Le responsable de la salle, d'ailleurs, dans une interview<sup>167</sup> donnée à l'observatoire, défend avec véhémence le travail en réseau qui doit être effectué et sa plus-value dans la possibilité de raccrocher le public que la SCMR parvient à atteindre avec les intervenants spécialisés d'institutions complétant l'offre de services de la salle.

Les politiques à Bruxelles devront choisir d'avancer sur ce projet, soit à la COCOM, soit à la Région. Cela aura des conséquences certaines sur l'avenir du projet, étant donné que la conception est fort différente si on se situe dans la santé ou dans la prévention et la sécurité. Des discussions sont aussi en cours avec la Ville, étant donné la sortie médiatique de Philippe Close avant les élections annonçant qu'il souhaitait une SCMR sur son territoire. Selon le directeur de la Fedito Bxl, c'est maintenant qu'il faut concrétiser le projet, afin qu'une évaluation puisse déjà avoir lieu et que la période de tumulte dûe à l'ouverture d'une salle soit terminée avant la prochaine législature.

Il faudra aussi inviter tous les acteurs en présence, selon nous, afin de parvenir à créer un consensus au niveau local, à l'instar de ce qui s'est passé à Liège. En effet, cela a semblé déterminant dans la possibilité de concrétiser le projet, mais aussi dans l'objectif de le pérenniser. Bruxelles devra dès lors poursuivre les discussions entre Transit, la Ville, la Région, le secteur associatif, la police, le parquet, mais également inclure d'autres acteurs tels que la STIB, les CPAS, les riverains, et d'autres administrations ou services connexes.

Toutes les personnes rencontrées s'accordent à dire qu'il faut, à tout le moins, réviser la Loi de 1921 pour la rendre plus en phase avec les réalités vécues aujourd'hui. Certains vont jusqu'à plaider pour sa suppression pure et simple afin de repartir de la réalité actuelle pour en écrire une nouvelle et ne pas se contenter d'ajuster des articles de la loi existante. Certains d'entre eux font d'ailleurs partie ou sont à l'initiative de la campagne STOP 1921 évoquée précédemment. Une modification ou un remplacement de cette loi permettrait de légaliser le dispositif liégeois et de faciliter la mise en place du projet bruxellois.

*« Tant que cette loi ne change pas radicalement, on va continuer à se heurter à des blocages divers et variés et il n'est pas normal, selon moi, qu'aujourd'hui, à Bruxelles, et même à un niveau national, qu'on se tartine encore une loi désuète qui nous bloque dans nos pratiques quotidiennes. Cette loi, il faut absolument la changer. »*

---

<sup>167</sup> DELHAUTEUR D., « Interview de Dominique Delhauteur par M. Frans : Sâf ti First ou comment résoudre l'improbable équation entre santé et toxicomanie ». L'observatoire, créateur d'échanges et de transversalité asbl, Liège, n°98/2018, mars 2019, pp. 60 – 63.

*Et si au fédéral il n'y a pas de dialogue possible, qu'on concède aux régions suffisamment d'indépendance pour pouvoir, à un moment donné, manœuvrer au travers de cette loi »<sup>168</sup>*

Ce dernier argument – plaidant pour un nouveau transfert de compétences – est également défendu par la Fedito wallonne. Il permettrait effectivement aux régions wallonne et bruxelloise d'avancer plus « facilement » sur des projets progressistes en matière de prise en charge des assuétudes, tels que les SCMR, les stéribornes ou d'autres dispositifs de RdR. Cependant, ces propos sont plus nuancés chez notre interlocuteur de la Fedito Bxl qui – bien qu'il reconnaisse cet avantage – émet tout de même des réticences. D'une part, parce qu'il considère que cela pourrait entraver la pérennité, notamment financière, du dispositif. Il défend aussi le principe de solidarité de plus en plus remis en question, tant au niveau national qu'europpéen et mondial. D'autre part, il estime que cette mise en tension permet de poursuivre le dialogue avec les partis néerlandophones, espérant ainsi parvenir à faire évoluer la conception de la prise en charge des assuétudes au nord du pays. Enfin, il considère que si la Flandre a à apprendre de la Wallonie et de Bruxelles en termes de RdR, elle est, par contre, bien plus avancée en ce qui concerne la prévention et que ses enseignements nous seraient profitables.

Peut-être serait-il, par contre, plus confortable de faire passer tout le secteur des assuétudes dans le giron de la santé, plutôt que d'en garder une partie sous les compétences de sécurité et de prévention, car cela permettrait une meilleure coordination entre les services, une meilleure cohérence entre les politiques mises en place et cela réduirait le morcellement des missions prises en charge par les différents services en ayant une vision plus globale de la problématique. En attendant, ces deux pôles doivent continuer de travailler ensemble et de se coordonner, d'autant qu'une réponse médicale règle une partie du problème d'un point de vue sécuritaire, et inversement.

Comme nous le constatons, une question complexe amène une réponse complexe et il n'est pas aisé de trouver une manière totalement satisfaisante d'améliorer la cohérence et l'efficacité de la politique drogue en Belgique. Tous les acteurs rencontrés plaident également pour une meilleure coordination entre les acteurs de terrain, entre les niveaux de pouvoir politique, et entre le politique et les acteurs de terrain.

---

<sup>168</sup> Extrait de l'entretien avec notre interlocuteur auprès de Transit

A cet égard, les directions des 2 Fedito regrettent que la société civile ne soit plus invitée (ou même consultée) aux réunions<sup>169</sup> de la CGPD, alors même que cela va à l'encontre de textes internationaux dont la Belgique est signataire. D'ailleurs, si la Fedito BXL fait du lobbying au niveau international (Europe, ONU, ...), c'est notamment pour « forcer » les policy makers<sup>170</sup> belges à les rencontrer.

En résumé, les perspectives d'avenir, tant à Liège qu'à Bruxelles, au niveau national ou international, sont nombreuses et dépendent d'un nombre important de facteurs, mais chacun, à sa manière et à son niveau, continue à défendre ses opinions et ses intérêts pour faire bouger les lignes.

---

<sup>169</sup> La réponse donnée à Pascale Hensgens à ce manque de concertation était qu'il s'agissait de réunions politiques. Dès lors, la société civile n'avait pas à être présente

<sup>170</sup> Politiques et membres des administrations

## Limites du mémoire et pistes pour aller plus loin

Le présent mémoire n'a pas pour ambition de clore le chapitre relatif aux nombreuses questions que soulève l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque, ni même d'en faire une analyse exhaustive.

Nous pensons qu'il pourrait être intéressant d'étudier davantage les contextes historique, social et politique dans lesquels s'inscrivent la réduction des risques et les salles de consommation à moindre risque. En effet, l'évolution de la conception de la drogue et de l'usager sont plus complexes que les quelques éléments que nous avons soulevés ici.

Etant donné que nous nous intéressions au processus de mise en place d'un tel dispositif, nous avons privilégié de rencontrer des acteurs à différents niveaux, qui promeuvent ou soutiennent ce type de projet, mais il serait judicieux de confronter leur point de vue à celui des détracteurs des SCMR. Nous aurions également pu rencontrer d'autres acteurs concernés de près ou de loin par le sujet. Nous pensons tout d'abord aux consommateurs eux-mêmes, aux services de police, aux parquets, aux autorités médicales, aux acteurs politiques (dont des membres du parti Ecolo) à tous les niveaux de pouvoir et aux autres acteurs de terrain.

Nous aurions également pu nous pencher sur la situation en Flandre, qui a manifestement fait d'autres choix en termes de prise en charge des toxicomanes. Au même titre, une comparaison internationale plus poussée n'aurait pas été dénuée d'intérêt. Nous n'avons pas approfondi non plus les différents types de salles de consommation à moindre risques qui existent à travers le monde. Il ne serait pas inintéressant de voir les différences qui existent au sein des dispositifs pour comprendre s'il s'agit d'une adaptation locale répondant à des besoins spécifiques ou plutôt des différences dues à des conceptions différentes de ce qu'est ou doit être une SCMR.

En outre, nous l'indiquions, l'action publique est souvent entremêlée, une politique publique répondant à, ou créant, d'autres besoins. On ne peut isoler la politique sanitaire de la politique sécuritaire, mais celles-ci sont indéniablement liées à d'autres volets encore, et une vision globale de tous les enjeux pourrait également faire l'objet d'un mémoire à part entière.

Naturellement, cette liste de pistes de réflexion n'est pas exhaustive mais constitue, selon nous, une bonne base pour aller au-delà de ce travail.

## Conclusion

Les salles de consommation sont des dispositifs complexes pouvant prendre différentes formes. Les politiques publiques étant enchevêtrées, elles tentent d'apporter une réponse pragmatique à divers problèmes sociaux tant sécuritaires que sanitaires. Nous pensons notamment à la lutte contre la propagation des IST, la réduction des nuisances sociales, l'amélioration de la santé et de l'hygiène des usagers de drogues, la réaffiliation des usagers de drogues les plus précarisés et désinsérés, des objectifs de santé publique.

Comme nous avons pu nous en rendre compte, la comparaison de la mise en place d'un dispositif tel que les SCMR entre deux espaces territoriaux peut paraître aisé, mais il n'en est rien, tant en raison de la complexité institutionnelle et politique belge, que des contextes socio-politico-économico-démographiques qui différencient Liège de Bruxelles.

Liège a toujours été pionnière en matière de réduction des risques, que ce soit pour les traitements de substitution, les comptoirs d'échange de seringues, la diacétylmorphine ou la mise en place d'une SCMR. C'est inhérent au contexte liégeois, considéré comme un terreau fertile à ce genre de dispositifs pour différentes raisons : la conscience collective de leur plus-value au niveau des citoyens, qui permet de faire de la défense de ce genre de projets un argument politique ; la cohésion de longue date entre les pouvoirs locaux et le secteur associatif ; le consensus local entre les différentes instances pour permettre la mise en place de projets novateurs ; la sensibilité, la personnalité et la persévérance de certains acteurs-clés dans leur mise en place ; ...

De plus, l'expérience du projet TADAM de 2011 à 2013 a permis de faciliter la concrétisation du projet. A ce jour, le projet continue de se développer et le nombre d'inscrits et d'actes de consommation quotidiens ne cessent de croître. La fondation TADAM a obtenu un accord de financement de la Ville de Liège pour une durée de 3 ans et un accord de financement de la Région wallonne.

Le processus s'est passé dans un premier temps hors des cénacles politiques, toutes les parties prenantes parvenant à trouver un consensus local, comme cela s'était déjà passé pour les traitements de substitution ou les comptoirs d'échange de seringues.

Bruxelles connaît un autre contexte institutionnel, politique et associatif. Dès lors, le processus de mise en place n'a pas pris la même direction qu'à Liège. Sur son territoire, tant les acteurs de terrain que les politiques souhaitent une clarification législative préalable à l'ouverture de la salle. Bruxelles préconise un modèle de SCMR qui prévoit une salle principale et des antennes comprenant quelques postes de consommation au sein de dispositifs existants en RdR<sup>171</sup>. Un décret est passé au niveau de la COCOF, permettant l'ouverture de ces satellites. Au niveau politique, le projet fait l'unanimité du côté francophone mais les députés francophones doivent à présent parvenir à convaincre leurs homologues néerlandophones. En parallèle, le secteur est déjà en train de se préparer à l'ouverture de la salle principale.

Il faudra également que Bruxelles se positionne pour savoir si les textes législatifs nécessaires doivent passer au niveau de la COCOM qui détient la santé dans ses compétences ou au niveau de la Région, via la sécurité et la prévention. Etant donné que Transit dépend de la Région et qu'il deviendra fort probablement l'opérateur de la salle, il est possible que cela se développe à ce niveau-là.

Au-delà des projets spécifiques à chaque territorialité, de nombreuses questions se posent quant à l'efficacité et la cohérence de la politique drogue en Belgique. En effet, la Loi Drogues date de 1921 et est considérée comme désuète par la majorité des acteurs. Par ailleurs, la question des assuétudes touche tellement de pôles différents (santé, sécurité, cohésion sociale, ...) que le nombre de personnes ou d'instances compétentes à coordonner demeure élevé et qu'il est dès lors compliqué d'induire de la cohérence entre les différentes politiques. D'autant plus que les préoccupations, les priorités et la manière d'aborder la question des drogues diffèrent fortement entre le Nord et le Sud du pays, plus encore depuis le 26 mai dernier.

*« On revient souvent avec cette notion de continuum. Il faut arrêter de vouloir scinder prévention, promotion, soins, réduction des risques et insertion. Si ce n'est que ça facilite le mode de financement, mais c'est en totale contradiction avec la manière dont les intervenants travaillent de plus en plus »<sup>172</sup>*

---

<sup>171</sup> Selon la directrice de la Fedito wallonne, Namur et Charleroi, qui envisagent également l'ouverture d'une SCMR, pensent aussi à un modèle plus intégré et en collaboration directe avec d'autres services bas seuil actifs dans la prise en charge des personnes atteintes d'assuétudes

<sup>172</sup> Extrait de l'entretien avec la responsable de la Fedito wallonne

L'approche interactionniste de Blumer nous a permis de prendre en compte l'ensemble des acteurs et parties prenantes qui influencent la mise en place d'une politique publique, en évitant de considérer que l'action publique est uniquement le fait des politiciens ou des administrations. En effet, nombre d'autres acteurs jouent un rôle déterminant, tant au niveau local que national, voire international. Le découpage en étapes, bien qu'il comprenne certains écueils, nous a permis de structurer notre analyse et de comprendre le contexte d'émergence, de redéfinition d'un problème, la formation d'un plan d'action pour tenter d'y répondre et sa mise en place effective. L'écriture de ce mémoire révèle toutefois certaines limites de cette approche. Tout d'abord les étapes ne sont pas toujours linéaires, une politique publique est en constante évolution, l'évaluation des dispositifs existants contribue à la redéfinition du problème, où à la légitimation d'autres obstacles imprévus qui s'érigent en nouveaux problèmes sociaux. Il serait également illusoire d'imaginer qu'un problème « s'éteindrait » un fois un plan d'action mis en place. Par ailleurs, la mise en place d'un plan d'action en un lieu peut contribuer à la légitimation du dispositif en d'autres lieux. Enfin, les différentes politiques (sanitaire, sécuritaire,...), comme nous l'avons vu, sont souvent enchevêtrées et il n'est ni opportun ni judicieux de tenter de les délimiter, au risque de perdre en cohérence entre les différentes actions et de morceler le secteur.

Nous retiendrons de l'écriture de ce mémoire que des questions aussi complexes doivent être problématisées, contextualisées et qu'il ne faut surtout pas tenter d'y apporter une réponse simpliste qui ne tiendrait pas compte de toutes ces dimensions. Nous soutenons également l'idée que le dialogue permet de défendre son point de vue, bien entendu, mais qu'il oblige aussi à structurer sa pensée pour espérer, via la confrontation des différents arguments, parvenir à la construction d'un projet commun qui tienne compte des divergences d'opinions mais ne bloque pas, pour autant, toute possibilité d'avancer ensemble et d'oser entreprendre des projets innovants.

## Index des sigles utilisés

AViQ :	Agence pour une Vie de Qualité (dépendant de la Région wallonne)
BPS – BPV :	Bruxelles Prévention & Sécurité – Brussel Preventie & Veiligheid
CDH :	Centre Démocrate Humaniste (parti politique)
CD&V :	Christen-Democratisch & Vlaams (parti politique)
CES :	Comptoir d’Echange de Seringues
CGPD :	Cellule Générale de Politique Drogues
CHC :	Centre Hospitalier Chrétien
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CIM :	Conférence InterMinistérielle
CLAP :	Commission Liégeoise d’Accompagnement du Programme de diacétylmorphine
CLDB :	Coordination Locale Drogues Bruxelles
COCOF :	Commission Communautaire Française
COCOM :	Commission Communautaire Commune
COCON :	Commission Communautaire Flamande
DAM :	Diacétylmorphine
DéFI :	Démocrate Fédéraliste Indépendant (parti politique – ancien FDF)
DUNE :	Dépannage d’Urgence de Nuit et Échanges
ECOLO :	Écologistes Confédérés pour l’Organisation de Luttes Originales (parti politique)
VIH :	Virus de l’Immunodéficience Humaine

MASS :	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire
MR :	Mouvement Réformateur (parti politique)
N-VA :	Nieuwe-Vlaams Alliantie (parti politique)
OPEN-VLD :	Open Vlaamse Liberalen en Democraten (parti politique)
PS :	Parti Socialiste (parti politique)
RdR :	Réduction des Risques
SCMR :	Salle(s) de Consommation à Moindre Risque
SIDA :	Syndrome d'Immuno-Déficienc Acquis
SP.A :	Socialistische Partij Anders (parti politique)
START :	Service Transdisciplinaire d'Aide à la Réadaptation des Toxicomanes
TADAM :	Traitement Assisté par Diacétylmorphine

Bibliographie
---------------

**I. Articles scientifiques :**

BAUFAY F., « *Salles de consommation à moindre risque (SCMR) : Une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multi-factoriel* ». FEDITO BXL asbl, Dossier d'information, Décembre 2012, 28 pp.

BLUMER H. (édité et traduit par RIOT L.), « *Les problèmes sociaux comme comportements collectifs* ». Politix, vol. 17, n°67, 2004, « Trajectoires de la notabilité. II. Production et reproduction », pp. 185 – 199.

BOLLETTE P., « *Evolution de l'offre d'accompagnement et de soins pour usagers de drogue au départ d'un centre de première ligne. Start/Mass à Liège* ». L'observatoire, créateur d'échanges et de transversalité asbl, Liège, n°98/2018, mars 2019, pp. 47 – 50.

CARTUYVELS Y., « *Insécurité et prévention en Belgique: les ambiguïtés d'un modèle «global-intégré» entre concertation partenariale et intégration verticale* ». Déviance et société, vol. 20, n°2, 1996, pp. 153 – 171

DELHAUTEUR D., « *Interview de Dominique Delhauteur par M. Frans : Sâf ti First ou comment résoudre l'improbable équation entre santé et toxicomanie* ». L'observatoire, créateur d'échanges et de transversalité asbl, Liège, n°98/2018, mars 2019, pp. 60 – 63.

DEMARET I. et al., « *Projet TADAM : Rapport final 2007 – 2013* ». Université de Liège , 10 octobre 2013, 48p.

DI MAGGIO P. & POWELL W., « *Le néo-institutionnalisme dans l'analyse des organisations* ». Politix, vol. 10, n°240, 1997, « Les sciences du politique aux Etats-Unis. I. Histoire et paradigmes », pp. 113 – 154.

GUILLAIN C., « *La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues* ». Courrier hebdomadaire du CRISP 2003/11 (n° 1796), p. 5 – 49.

GUILLAIN C., « *Les facteurs de criminalisation et les résistances à la décriminalisation de l'usage des drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires* ». Revue interdisciplinaire d'études juridiques de l'Université Saint-Louis Bruxelles, vol. 63, no. 2, 2009, p. 119 – 132.

HALL P. & TAYLOR R., « *La science politique et les trois néo-institutionnalismes* ». Revue française de science politique, n°3-4, 1997, pp. 469 – 496.

JEANMART C., « *Entre cadre légal et pratiques de consommations. L'usage de drogues illicites en Belgique francophone* ». Déviance et Société, vol. 32, no. 3, 2008, pp. 285-302.

LACAZE L., « *L'interactionnisme symbolique de Blumer revisité* ». Sociétés, vol. 121, no. 3, 2013, pp. 41-52.

LE GOFF J-P., « *Mai 68 : la France entre deux mondes* ». Le Débat, vol. 149, no. 2, 2008, pp. 83-100.

LEQUARRE F. & VERJANS P., « *Les drogues prohibées* ». Courrier hebdomadaire du CRISP, vol. 1506-1507, no. 1, 1996, pp. 1-48.

MAYER R. & LAFOREST M., « *Problème social : le concept et les principales écoles théoriques* ». Service social, vol. 39, n°2, 1990, pp. 13 – 43.

MOURANT F., « *Déviance et délinquance : une revue des notions* ». Service social, vol. 33, n°2-3, 1984, pp. 145 – 170.

RAPIN A., « *La « divine drogue » : l'art de fumer l'opium et son impact en Occident au tournant des XIXe et XXe siècles* ». A contrario, vol. 1, no. 2, 2003, pp. 6-31.

VANDER LAENEN F. et al, « *Etude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique – Résumé exécutif* ». Université de Gand et de Louvain et Haute Ecole de Gand, Etude Belspo – résumé exécutif, 32 p.

VANDER LAENEN F. et al, « *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium* ». Université de Gand et de Louvain et Haute Ecole de Gand, Etude Belspo, 258 p.

## II. Revues spécialisées :

DEBOCK C., « *Face à la drogue : quelle politique ?* ». Aubervilliers, La Documentation française, Problèmes politiques et sociaux – dossiers d’actualité mondiale n° 745, 3 mars 1995, 83p.

STREBELLE C., « *Quel bilan peut-on tirer des contrats de sécurité ?* ». Liège, Journal du droit des jeunes, n°220, décembre 2002, 48p.

L’OBSERVATOIRE, « *Toxicomanies... et si on en parlait ?* ». Liège, L’observatoire, créateur d’échanges et de transversalité, asbl, n°98/2018, mars 2019, 64p.

## III. Livres :

### Livres thématiques :

BERGERON H., « *Sociologie de la drogue* ». Paris, La Découverte, 2009, 126 p.

### Livres méthodologiques :

HASSENTEUFEL P., « *Sociologie politique : l’action publique* ». Paris, A. Colin, « U », 2011, 320 p.

LASCOUMES P. & LE GALES P., « *Sociologie de l’action publique* ». Paris, A. Colin, 2010, 127 p.

VAN CAMPENHOUDT L. et al., « *Manuel de recherche en sciences sociales* ». Malakoff, Dunod, 5<sup>ème</sup> édition, 2017, 383 p.

## IV. Textes légaux ou législatifs :

### *Fédéral*

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, MB du 06 mars 1921

Conseil d'Etat – section de législation, « *Avis 61.472/3 du 4 juillet 2018 sur une proposition d'ordonnance 'relative à la réduction des risques liés à la toxicomanie'* (Doc.Parl. Parl. Rég. Brux-Cap., 2016-17, n° B-75/1) », 23 pp.

## **COCOF**

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Projet de décret : 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 et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la sixième réforme de l'Etat* ». Bruxelles, 56 (2015 – 2016), n°1, 48 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Projet de décret : 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 et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la sixième réforme de l'Etat* ». Bruxelles, 56 (2015 – 2016), n°2, 41 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Projet de décret : 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 et insérant des dispositions relatives aux institutions qui ont fait le choix de la Commission communautaire française suite à la sixième réforme de l'Etat* ». Bruxelles, 56 (2015 – 2016), n°3, 2 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Proposition de décret : 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 de salles de consommation à moindre risque* ». Bruxelles, 140 (2018-2019) n° 2, 26 mars 2019, 16 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Séance plénière du vendredi 15 juillet 2016 : Compte-rendu* ». Bruxelles, C.R. n°37 (2015 – 2016), 15 juillet 2016, 69 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Séance plénière du vendredi 26 avril 2019 : Compte-rendu* ». Bruxelles, C.R. n°79 (2018 – 2019), 26 avril 2019, 177 pp.

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée de la Commission Communautaire Française), « *Séance plénière du vendredi 4 mai 2018 : Compte-rendu* ». Bruxelles, C.R. n°64 (2018 – 2019), 4 mai 2018, 31 pp.

### **COCOM**

Parlement Francophone Bruxellois (Assemblée réunie de la Commission Communautaire Commune), « *Proposition d’ordonnance relative à la réduction des risques liés aux usages de drogues* ». Bruxelles, B-142/1- 2018/2019, 11 décembre 2018, 13 pp.

## **V. Documents issus d’institutions publiques :**

BRUXELLES PREVENTION & SECURITE, « *Plan global de sécurité et de prévention* ». Bruxelles, 2017, 63p.

CELLULE GENERALE DE POLITIQUE DROGUES, « *Salles de consommation à moindres risques – note de synthèse* ». Bruxelles, Octobre 2016, 43 p.

CONFERENCE INTERMINISTERIELLE SANTE PUBLIQUE – REUNION THEMATIQUE DROGUES, « *Doc B : Salles de consommation à moindres risques – Décision* ». 24 Octobre 2016, 3 p.

## **VI. Mémoires et travaux de fin d’études :**

VANDER GHINST M., « *Accès au logement social pour les personnes sans-abri : les pratiques de collaboration du logement social avec les associations porteuses du modèle Housing First* ». Louvain-La-Neuve, Mémoire, UCL – Faculté Ouverte de Politique Economique et Sociale, Août 2017.

## VII. Sites web :

Belgium.be, « *La sixième réforme de l'Etat* ». En ligne, Site d'informations et services officiels :

[https://www.belgium.be/fr/la\\_belgique/connaitre\\_le\\_pays/histoire/la\\_belgique\\_a\\_partir\\_de\\_1830/constitution\\_de\\_l\\_etat\\_federal/sixieme\\_reforme\\_etat](https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat), consulté le 07 juin 2019.

Modus Vivendi, Qui sommes-nous ? En ligne, site de Modus Vivendi : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique1>, consulté de 07 juin 2019.

Gouvernements fédéraux depuis 1944. En ligne, site du CRISP (Centre de recherche et d'information socio-politique) : <http://www.crisp.be/documents-politiques/gouvernements/gouvernements-federaux/>, consulté le 31 mai 2019.

Start-Mass, Qui sommes-nous ? En ligne, site de Start-Mass : <http://start-mass.isosl.be/qui-sommes-nous.htm>, consulté le 31 mai 2019.

Une convention de 3 ans pour la Fondation Tadam et sa salle de consommation à moindre risque. En ligne, site du Gouvernement wallon, page d'Alda Gréoli : <https://greoli.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/une-convention-de-3-ans-pour-la-fondation-tadam-et-sa-salle-de-consommation-a-moindre-risque.publicationfull.html>, consulté le 07 juin 2019.

## VIII. Autres :

ASBL Transit, « *Transit asbl I Rapport d'activité 2017* ». Bruxelles, 19 juin 2018, 84 pp.

HUART K., « *La politique drogues en Belgique et le rôle la Cellule Drogues, SPF Santé publique - Une politique globale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique* ». Présentation Powerpoint de l'attachée de la cellule drogues, 4 novembre 2014, 12 p.

STEVENOT C. & HOGGE M., Eurotox asbl : Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues, « *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en région de Bruxelles-Capitale : 2018* ». Bruxelles, Janvier 2019, 196 p.

VAN HUYCK C. et al (Modus Vivendi asbl), « *Plan bruxellois de réduction des risques liés à l'usage de drogues – carnet 9 I résumé et ensemble des actions prioritaires* ». Bruxelles, Janvier 2014, 25 pp.

# **ANNEXE**

## Guide d'entretien

Présentation de l'interviewé

Pouvez-vous expliquer en quelques mots l'action de votre service/ votre fonction ?

Comment est-ce que vous abordez la consommation de produits (assuétudes, drogues dures) ?

### ***RDR et SCMR***

- Que pensez-vous de l'ouverture de la SCMR à Liège ?
- Pourquoi une SCMR plutôt que de la Diacetyl morphine médicale comme dans le projet Tadam ?
- Pour ou contre l'ouverture d'une SCMR à Bruxelles ?
- Quels sont les inconvénients et avantages d'une SCMR? Quelle plus-value ou moins-value pour le secteur – pour les usagers ?
- Quels sont les freins et les facilitateurs du projet ?
  - De qui cela dépend-il ? Qui pourrait décider de l'ouvrir quand même ? De qui faudrait-il le soutien ?
  - Qui dans le monde politique et pourquoi le politique sont-ils réticent à modifier le code pénal (loi 1921) – selon vous ?
  - Pourquoi est-ce qu'une SCMR a pu être ouverte à Liège selon vous ? Est-ce la suite d'une pratique dans la ville ou lié aux personnes en charge au niveau politique ? Willy Demeyer est-il le politique qui a permis son ouverture à Liège ou cela est-il dû à une conjoncture ?

### ***Politique***

- Au vu de la fédéralisation de l'Etat et du partage des compétences, comment est-ce que la politique drogues se met en place ? Trouvez-vous que la politique drogues est efficace ? La cellule drogues parvient-elle à coordonner une politique publique cohérente en matière de toxicomanie?
- Qui bloque le projet à l'heure actuelle ? Qui est le promoteur de ces approches ? Pensez-vous qu'ils le bloquent/promouvent pour :
  - Des raisons électorales (conserver l'électeur) ?
  - Des raisons politiques ? un calcul politique ?
  - Des raisons éthiques ?
- Comment se fait-il que – bien qu'illégal – une SCMR ait pu ouvrir à Liège ?
- Savez-vous qui est invité à la cellule drogues ? Pourquoi le secteur ou ses représentants ne sont pas invités – selon vous – lors des réunions de la cellule drogues ?
- Que pensez-vous de la loi de 1921 ? Pensez-vous que la loi de 1921 doit être actualisée ou qu'elle est encore adéquate aujourd'hui ? Pourquoi ?
- Comment les questions liées aux drogues sont traitées dans le débat public ? Pourquoi est-ce si difficile d'amener la question de la drogue et de la toxicomanie dans le débat public ? dans le débat politique ?

### *Les 5 étapes de Blumer*

1. L'émergence des problèmes sociaux (Comment c'est identifié et désigné comme problème ?)
  2. La légitimation des problèmes sociaux (c'est la reconnaissance de la société – arrivée dans les arènes)
  3. La mobilisation de l'action (Il devient objet de discussions, de controverses, revendications, la société se mobilise pour agir)
  4. La formation d'un plan d'action officiel (la société prend position pour agir – plan d'action officiel de l'exécutif et des assemblées législatives)
  5. La mise en place concrète du plan d'action (plan d'action est modifié, déformé, refaçonné dans sa mise en œuvre concrète).
- 
- Les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu'elles ont pour eux
  - La signification de ces choses dérive et émerge de l'interaction avec autrui
  - Le sens est traité et modifié par un processus d'interprétation auquel a recours la personne qui a affaire à celles-ci

