

Histoire du droit de la Réduction des Risques en matière de drogues en Région bruxelloise (1978-2018)

Du droit du Souverain à la plurinormativité

Mémoire réalisé par
Serdane Baudhuin

Promoteur(s)
Alain Wijffels

Année académique 2017-2018
Master en droit

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une oeuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.*.

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

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

*Je tiens à remercier mon promoteur, Prof. Alain Wijffels, pour sa patience et son soutien qui m'ont
été précieux afin de mener ce travail à bon port.
Je remercie les professionnels qui m'ont accordé leur temps pour des entretiens de recherche sans
lesquels la rédaction de ce travail n'aurait pas été possible.
Et enfin, un grand merci à Ludovic Panepinto, Nusrat Tabassum, et Madeleine Baudhuin pour leur
soutien constant et leurs commentaires constructifs.*

Table des matières

Introduction.....	5
Partie 1 – Considérations préliminaires.....	6
Chapitre 1- Qu'est-ce que la Réduction des Risques?.....	6
Chapitre 2 – Méthodologie.....	8
La période étudiée.....	8
Les sources mobilisées.....	8
Partie 2 - La prohibition, contexte de développement de la R.d.R.....	11
Chapitre 1 - Brève histoire de la prohibition en Belgique.....	11
Chapitre 2 - La prohibition : une logique de maximisation des risques.....	14
Partie 3 - Histoire du droit de la R.d.R. en Belgique.....	15
Chapitre 1 - De 1978 à 1984 : la répression des premières interventions de R.d.R.....	16
Les premiers traitements de substitution.....	16
Le flou juridique entourant les traitements de substitution.....	17
Croisade contre les traitements de substitution.....	17
Première vague d'opposition menée par les institutions médicales.....	18
Le parquet entre en lice.....	18
La justice tranche : analyse de l'arrêt Baudour.....	20
Chapitre 2 - De 1984 au début des années 1990 : la R.d.R. au tombeau.....	21
Le consensus social autour de l'illégalité de la R.d.R.....	21
Les premiers cas de SIDA...sans grandes conséquences.....	22
Chapitre 3 - Les années 1990 : La R.d.R. prend son envol.....	23
Quelques changements sociétaux marquant le début des années 1990.....	23
Le nouveau visage de la consommation de drogues.....	23
L'émergence du SIDA comme problème de société.....	24
La prise de conscience des limites des thérapies orientées vers l'abstinence.....	25
Les acteurs de terrain mettent en place la première génération d'actions de R.d.R.....	25
L'apparition des premiers comptoirs d'échange de seringues.....	25
La réapparition des traitements de substitution.....	27
Le contexte : des désaccords insurmontables entre les médecins et l'Ordre des médecins	27
.....	27
Les arrêts « substitution » du Conseil d'Etat.....	28
L'arrêt du 29 janvier 1993.....	29
L'arrêt du 9 juin 1993.....	30
L'arrêt du 23 décembre 1993.....	30
Conclusion.....	32
Le politique emboîte le pas...pour des raisons sécuritaires.....	32
La montée du thème de l'insécurité dans les années 1990 et la focalisation sur les usagers de drogues	32
L'encadrement des traitements de substitution.....	33
Première tentative de solution : la Conférence de Consensus.....	33
Et pourtant, une loi ?.....	35
L'encadrement de l'échange de seringues.....	37
La mise en place d'institutions hybrides.....	38
La R.d.R. a-t-elle été récupérée par le sécuritaire ?.....	38
Position de la question.....	38
Un premier niveau d'observation où on se situe à la hauteur du monde politique.....	39
Un second niveau d'observation où on descend voir ce qui se passe sur le terrain.....	40
Conclusion.....	40

Chapitre 4 : Les années 2000 – La R.d.R. disparaît du débat public.....	41
Le climat des années 2000.....	41
Les raisons de la disparition de la R.d.R. du débat public.....	41
Un changement de discours politique qui concerne peu la R.d.R.....	41
La légalisation des traitements de substitution.....	42
Le nouveau cadre légal.....	42
L'impact du cadre légal sur la pratique des médecins prescripteurs.....	43
Le développement du pill-testing.....	44
Chapitre 5 : questions contemporaines en matière de R.d.R.....	45
Les salles de consommation à moindre risque (SCMR).....	46
Le cadre légal.....	46
Niveau fédéral.....	46
Niveau régional.....	47
Comment s'articulent ces deux niveaux ?.....	47
Les conséquences sur le terrain.....	47
L'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI).....	48
Les pratiques visées.....	48
Le statut légal de l'ERLI.....	48
L'infraction d'incitation à la consommation.....	48
L'infraction d'homicide involontaire.....	49
Les conséquences sur le terrain.....	49
Partie 4 – L'histoire de la R.d.R. comme révélateur de l'évolution du droit.....	50
Chapitre 1 – La R.d.R. comme illustration de l'avènement d'un modèle de légalité duale.....	50
Introduction.....	50
Le modèle de légalité duale.....	51
La prohibition : une expression de la première face du modèle.....	51
La R.d.R. : une expression de la seconde face du modèle.....	52
Prohibition et R.d.R. : deux faces du modèles de légalité duale qui restent en tension.....	53
La R.d.R. et la prohibition sont antagonistes.....	54
La R.d.R. et la prohibition se dynamisent mutuellement.....	54
Conclusion.....	56
Chapitre 2 – La R.d.R. comme illustration de la contractualisation du droit et de l'avènement d'un nouveau sujet de ce droit contractuel.....	56
L'apparition de la « nouvelle santé publique ».....	57
La santé publique traditionnelle.....	57
La nouvelle santé publique.....	58
Exemple illustratif.....	59
La politique de réduction des risques comme élément de la nouvelle santé publique.....	59
L'avènement d'un nouveau sujet de droit.....	60
Un agent rationnel.....	60
Un être a-social.....	60
Un artiste de la motivation et de la performance.....	61
Un sujet lige.....	62
Conclusion.....	62
Conclusion.....	63
Bibliographie.....	64
Législation et documents préparatoires	64
Jurisprudence.....	66
Monographies et articles.....	66
Documents émis par les institutions médicales et pharmaceutiques.....	69

Articles et conférences de presse.....	69
Sites webs.....	70

Introduction

Comment peut-on à la fois réprimer la vente d'héroïne, et distribuer des seringues à ceux qui souhaitent s'en injecter ? A partir de quand un médecin qui explique à un toxicomane comment s'injecter sans danger est-il coupable d'incitation à la consommation ? Jusqu'où un médecin qui prescrit des stupéfiants de substitution peut-il s'écarter des règles déontologiques de la profession sans se rendre coupable de prescription abusive de stupéfiants ? Un bourgmestre peut-il ouvrir une salle de consommation à moindre risque sur le territoire de sa commune malgré l'avis contraire du gouvernement fédéral ?

Ce sont quelques-unes des questions que pose le développement de la Réduction des Risques (R.d.R.)¹ dans un contexte prohibitionniste. Les réponses qu'y a apporté le droit ont varié en fonction de l'époque. La Belgique est passée d'un système où la R.d.R. était fermement réprimée à un système où elle coexiste avec la prohibition. Cette coexistence a de quoi étonner : la prohibition et la R.d.R. sont *a priori* basées sur des logiques si différentes qu'on imagine difficilement qu'un système juridique puisse les réconcilier. En effet, la prohibition a pour objectif d'éradiquer la consommation de drogues, alors que la R.d.R. a pour objectif d'aider ceux qui ne souhaitent ou ne peuvent pas arrêter de consommer des drogues, à les consommer en courant le moins de risques possibles. C'est le caractère fondamentalement paradoxal de la légalisation de la R.d.R. sous la prohibition qui fait de l'histoire du droit de la R.d.R. un sujet fascinant.

Dans ce mémoire, je tente de retracer l'histoire du droit de la R.d.R. depuis ses débuts jusqu'à l'époque contemporaine. Je discuterai de la manière, souvent créative, dont la R.d.R. a été partiellement légalisée au cours des trois dernières décennies.

Le lecteur trouvera dans une section préliminaire une définition de la R.d.R. et un aperçu des pratiques qu'elle recouvre (partie 1, chap.1), ainsi qu'un exposé de ma méthodologie de recherche (partie 1, chap. 2).

Dans une seconde partie, je propose un bref résumé de l'histoire de la prohibition en Belgique (partie 2, chap.1) et du mode de gestion des risques qui la sous-tend (partie 2, chap.2). Une compréhension des enjeux de la prohibition est en effet indispensable afin de comprendre les questions posées par la R.d.R. Cependant, je souligne que l'objet de ce mémoire n'est pas de retracer en détails l'histoire de la prohibition, et encore moins de retracer l'histoire de l'ensemble du droit de la drogue. Une telle entreprise dépasserait largement le cadre d'un mémoire. C'est pourquoi je discuterai des seuls aspects de la prohibition qui sont pertinents pour l'étude du droit de la R.d.R.

¹ Pour une définition de la R.d.R et une présentation des pratiques qu'elle recouvre. voyez la partie 1, chap.1.

Dans la troisième partie de ce travail (partie 3), de loin la plus conséquente, je m'attaquerai à l'histoire du droit de la R.d.R. Je montrerai comment ce droit s'est développé, quels obstacles il a rencontrés, et par quelles techniques législatives ces obstacles ont pu être dépassés. En outre, je montrerai quelles ont été les causes de l'évolution du droit. L'évolution juridique n'étant pas un processus endogène mais bien un processus ancré dans le social, je serai amenée à discuter certains des grands changements sociétaux des dernières décennies. Enfin, j'attache une importance particulière à l'étude de l'impact de ces changements légaux sur le terrain. Une étude de l'histoire de la R.d.R. serait à mon avis incomplète si elle ne se penchait pas sur la façon dont le droit s'est traduit dans la réalité.

Dans la dernière partie, je montrerai comment l'histoire du droit de la R.d.R. peut être utilisée comme un laboratoire pour étudier les transformations du droit en général. J'expliquerai dans un premier chapitre (partie 4, chap.1) en quoi la R.d.R. illustre le passage contemporain à un modèle de légalité duale tel que pensé par Jacques Comailles. La prohibition correspond à la première face du modèle, celle du droit comme méta-Raison, un droit de type « Top-down » descendant du Souverain vers le peuple. La R.d.R., quant à elle, correspond à la seconde face, celle d'un droit émanant du social, de type « bottom-up ». Le droit de la R.d.R. a, en effet, été façonné par les acteurs de terrain, le législateur n'intervenant jamais que très tard pour consacrer une pratique déjà admise depuis longtemps. Ce même chapitre nous permettra de penser les relations entre le droit de la R.d.R. et le droit de la prohibition : sont-ils réellement aussi antagonistes qu'il y paraît ? Dans le second chapitre (partie 4, chap.2), je montrerai en quoi la R.d.R. est une illustration de la contractualisation contemporaine du droit, et je me demanderai quel est le sujet de droit qui émerge de cette contractualisation. J'expliquerai que le recul des règles obligatoires en faveur de la figure du consentement dessine un sujet de droit à la fois plus libre et plus contraint qu'avant.

Partie 1 – Considérations préliminaires

Chapitre 1- Qu'est-ce que la Réduction des Risques?

Le syntagme Réduction des Risques (R.d.R.) recouvre l'ensemble des interventions qui ont pour but de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer². Elle se différencie donc de la prévention qui a pour objectif de diminuer l'incidence de la consommation de drogues dans la population, et des traitements qui ont pour objectif d'amener l'utilisateur de drogues à une diminution

2 MODUS VIVENDI, « La Réduction des Risques », disponible en ligne <http://modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique6> (consulté le 30 avril 2018).

ou à un arrêt de sa consommation.

Parmi les stratégies de R.d.R., j'étudierai dans le cadre de ce mémoire celles dont la mise en place a posé problème au regard du droit :

L'échange de seringues consiste à mettre à disposition des usagers de drogue du matériel d'injection stérile, et à récupérer le matériel usagé. Il vise à éviter que l'usager ne doive utiliser plusieurs fois le même matériel ou partager le matériel d'autres usagers. On réduit ainsi les risques de transmission de maladies infectieuses, ainsi que les autres risques médicaux associés à l'utilisation de matériel d'injection inadéquat.

L'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) consiste à renseigner les usagers de drogue sur la manière la moins nocive d'utiliser le matériel d'injection, et parfois à leur montrer comment s'injecter et à les accompagner dans le processus. Cela permet de diminuer les risques d'injections dangereuses, par exemple dans les os plutôt que dans les veines. Il n'est, en effet, pas simple de s'injecter de la drogue correctement.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont des lieux où les usagers de drogue peuvent s'injecter dans des conditions hygiéniques, en présence de personnel médical.

Les traitements de substitution consistent à prescrire aux usagers des opiacés ayant une activité pharmacologique relativement similaire à l'héroïne. Consommés en doses appropriées, ces opiacés permettent à l'usager d'éviter tant les effets du manque que les effets de « défonce ». L'usager peut donc consommer dans des conditions hygiéniques un produit qui le stabilise, plutôt que de s'injecter un produit acheté en rue dont il ne peut ni contrôler la qualité, ni prévoir l'effet précis. Les effets sont bénéfiques tant en termes de santé que d'insertion sociale. En Belgique, l'opiacé de substitution le plus courant est la méthadone. Le problème légal réside dans le fait que la méthadone est un opiacé tombant sous le coup de la législation relative aux stupéfiants (c'est en quelque sorte « une drogue qui ne défonce pas »)³.

Le « pill testing » vise la consommation de drogues en milieu festif. Il consiste à offrir aux usagers la possibilité de faire tester sur place ou en laboratoire la composition de drogues achetées au marché noir, généralement l'Ecstasy. Cela permet vérifier que la substance achetée est bien la substance désirée et non une substance plus nocive.

Quels risques réduit-on ? On réduit d'une part les risques individuels encourus par les usagers de drogues : réduction du risque de souffrir d'une maladie, réduction du risque de mourir d'overdose,

3 L. STOTTS, C. DODRILL et T. KOSTEN, « Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy ». *Expert Opin Pharmacother*, 2009, p.1727-1740.

réduction des risques liés à la désinsertion sociale, etc. On réduit d'autre part les risques collectifs encourus par la société : réduction de la délinquance d'approvisionnement en drogues, réduction de l'incidence de l'extrême marginalisation des toxicomanes et des troubles à l'ordre public qu'elle occasionne, réduction de l'incidence de maladies infectieuses constituant des problèmes de santé publique, etc.

Quand la R.d.R. est pensée pour réduire les risques individuels, c'est une stratégie humaine qui limite la souffrance des individus. Quand elle est pensée pour réduire les risques collectifs, elle devient une stratégie managériale qui permet de gérer les toxicomanes afin qu'ils dérangent le moins possible le reste de la société. La réalité de la mise en pratique de la R.d.R. se situe souvent quelque part entre les deux. Certains acteurs promeuvent la R.d.R. pour des raisons humaines, d'autres la promeuvent avec un objectif de management des populations déviantes. Dans cette étude, j'essayerai de montrer comment ces différents objectifs se sont articulés pour aboutir au cadre légal actuel.

Chapitre 2 – Méthodologie

La période étudiée

Bien que la locution « Réduction des Risques » ne soit apparue que dans les années 1990, certaines stratégies d'intervention développées avant cette époque relevaient déjà d'une logique de réduction des risques⁴. Il me semble que les premières de ces stratégies d'intervention remontent à l'année 1978. C'est en effet à cette époque que les premiers médecins prescrivent à des usagers de drogues des doses non dégressives de méthadone sur une longue période, non pas dans l'espoir de les amener à arrêter leur consommation, mais dans l'espoir que cela leur permettra de courir moins de risques de santé⁵. J'ai donc décidé d'entamer mon étude à cette époque, afin de pouvoir présenter un aperçu complet des problèmes légaux qu'a posés la R.d.R.

Les sources mobilisées

On a très peu publié concernant le statut légal de la R.d.R. en Belgique. C'est pourquoi j'ai été amenée à mobiliser une grande variété de sources.

Dans la mesure du possible, j'ai mobilisé les articles et monographies pertinents. Les ouvrages concernant directement la R.d.R. et le droit sont rares. Par contre, de renseignements intéressants

4 J.-P. JACQUES, entretien mené le 21 novembre 2017, annexe 1.

5 J. BAUDOUR, *L'amour condamné : esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1987, p. 258.

peuvent être tirés de publications abordant des thèmes plus vastes comme l'évolution des politiques de sécurité en Belgique. En outre, certaines publications étrangères concernant la R.d.R. et le droit présentent une utilité pour étudier la R.d.R. en Belgique. Enfin, de nombreux ouvrages concernent non pas le statut juridique de la R.d.R., mais son impact sur le terrain. Ces ouvrages ont été pertinents pour les parties du travail qui concernent le contexte général ou l'impact de la R.d.R.

La jurisprudence concernant la R.d.R. est également rare, et ne fait pas à ma connaissance l'objet de commentaires de doctrine. Cette rareté est liée au mode de développement du droit de la R.d.R.: en marge du droit plutôt que contre le droit. Là où il y a de la jurisprudence, j'en propose un commentaire et je tente d'en faire apparaître les implications pour l'histoire du droit de la R.d.R.

J'ai fréquemment fait usage des travaux parlementaires, souvent très importants en ce domaine. Le législateur entend, en effet, généralement de nombreux experts avant de procéder à une modifications du droit de la drogue. Leurs comptes-rendus recèlent de nombreuses informations pertinentes à propos de la situation sur le terrain. En outre, l'adoption des modifications est souvent précédée de débats qui en disent long sur l'ambiance d'une époque et les motivations du monde politique.

J'ai mobilisé d'autres sources révélatrices du positionnement du monde politique comme des déclarations gouvernementales ou des plans fédéraux de sécurité.

Je me suis reposée sur de nombreux autres documents officiels ou semi-officiels en lien avec la thématique : circulaires de l'Ordre des médecins, correspondance entre médecins, comptes-rendus de conférences de presse données par des groupes de pression, etc.

Les articles de presse ont été une source précieuse d'informations, en particulier en ce qui concerne les années 1980. La presse médicale comme « Le généraliste » ou « Le journal du médecin » a publié de nombreux articles fouillés sur le thème de la R.d.R.

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer des entretiens avec des personnes clés du monde de la R.d.R. Ces personnes ont été contactées par email et rencontrées sur leur lieu de travail. Les entretiens, semi-directifs, ont duré entre une et deux heures. Ils étaient centrés en priorité sur les questions auxquelles les autres types de sources ne me permettaient pas de répondre. Leur compte-rendu est disponible en annexe⁶. Les intervenants rencontrés sont les suivants :

- Jean-Pierre Jacques⁷ a été le médecin-directeur du Projet Lama⁸ à partir de 1983. C'est un

6 Ces annexes ne sont pas publiées.

7 J.-P. JACQUES, entretien mené le 21 novembre 2017, annexe 1.

8 Le Projet Lama est le premier centre médico-social prescrivant des traitements de substitution de Belgique, cf. partie 2, chapitre 1.

des acteurs centraux des premiers temps de la R.d.R. Il a pu me renseigner à propos de la période comprise entre 1978 et 1994.

- Dan Kaminski⁹ a été actif en tant que juriste et criminologue dans la promotion de la R.d.R. dans les années 1990. Il est l'auteur de nombreuses publications sur les politiques en matière de drogues de cette époque. Il est actuellement professeur à l'Ecole de Criminologie de l'Université Catholique de Louvain. Il a pu me renseigner sur la période comprise entre 1985 et 2003.
- Catherine Van Huyk¹⁰ a été active dans la mise en place des comptoirs d'échange de seringues dans les années 1990 et est actuellement la directrice de Modus Vivendi¹¹. Elle a pu me renseigner sur le développement de l'échange de seringues dans les années 1990, et sur l'ensemble des politiques de R.d.R. jusqu'à l'heure actuelle.
- Sébastien Alexandre¹² est le président de la Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes (Fedito-Bxl). A ce titre, il connaît particulièrement bien la législation applicable au secteur toxicomanie, y compris en matière de R.d.R. Il a pu me renseigner à propos de la période contemporaine.
- Christine Guillain¹³ est une juriste reconnue pour son expertise en matière de droit de la drogue. Elle est l'auteure de nombreuses publications sur ce sujet et a conseillé les professionnels de la R.d.R. à propos de plusieurs questions épineuses. Elle est actuellement professeure à l'Université Saint-Louis. Elle a pu me renseigner sur les enjeux légaux de plusieurs questions contemporaines de R.d.R.

J'ai également mené de courts entretiens anonymes avec cinq acteurs de terrain (deux médecins, deux infirmiers et un assistant social) à propos de la pratique de l'ERLI. Ces personnes ont été contactées sur base de recommandations de la part d'intervenants rencontrés lors de mes stages. Les entretiens ont suivi un modèle plutôt directif puisqu'ils étaient centrés sur la seule question de l'ERLI. Ces personnes n'ont accepté de témoigner de leur pratique qu'à condition d'être sûres de ne pas être identifiables dans ce travail. C'est pourquoi la fonction exacte de ces intervenants n'est pas précisée, et seul un compte-rendu résumé est disponible en annexe¹⁴.

Enfin, pour la rédaction de la quatrième partie, je me suis reposée sur des ouvrages de théorie

9 D. KAMINSKI, entretien mené le 4 décembre 2017, annexe 5.

10 C. VAN HUYCK, entretien mené le 14 janvier 2018, annexe 2.

11 Modus Vivendi est la plus importante des institutions qui mettent en place des politiques de R.d.R. à Bruxelles (<https://modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique1>).

12 S. ALEXANDRE, entretien mené le 10 novembre 2017, annexe 3.

13 C. GUILLAIN, entretien mené le 19 décembre 2017, annexe 4.

14 Ces annexes ne sont pas publiées.

générale du droit et de théorie du droit appliquée à d'autres domaines. Il n'existe en effet pas, à ma connaissance, d'ouvrages étudiant ce que l'histoire de la R.d.R. signifie en termes de théorie du droit. J'ai donc mobilisé les ouvrages qui me semblaient pouvoir s'appliquer à cette thématique de manière parlante, soit qu'ils proposent une théorie générale applicable à la R.d.R., soit qu'ils proposent une théorie appliquée à un autre sujet qui me semble pouvoir, dans une certaine mesure, se transposer à la R.d.R.

Durant toute la démarche, j'ai privilégié les informations corroborées par plusieurs sources. Lorsqu'il me semble qu'une incertitude subsiste à propos de faits historiques, je l'indique dans le texte. De même, lorsque plusieurs auteurs ont exprimé des opinions divergentes sur un sujet que j'aborde, je l'indique dans le texte.

La R.d.R. pose de nombreuses questions légales qui n'ont pas encore été tranchées. Quand je les aborde, je présente systématiquement ce qui me semble être la solution légale la plus défendable. Cela m'a semblé plus intéressant que de simplement laisser la question ouverte. On lira toujours sans ambiguïté dans le texte qu'il s'agit de mon opinion (« à mon sens... », « il me semble que... », etc.). Dans la mesure du possible, j'ai également soumis ma réflexion à la critique de Christine Guillain et Dan Kaminski pour les sujets qui les concernent. Dans les cas où j'exprime une opinion qui leur a semblé judicieuse, ou une opinion qu'ils m'ont eux-mêmes proposée, je fais référence en note de bas de page à notre entretien.

Partie 2 - La prohibition, contexte de développement de la R.d.R.

Afin de pouvoir cerner les enjeux de l'émergence de la R.d.R., il est essentiel de comprendre le cadre normatif et social dans lequel elle s'est développée : la prohibition. C'est pourquoi dans cette première partie, je propose un aperçu historique du développement de la prohibition. Dans un second temps, je montrerai en quoi la logique qui sous-tend la prohibition se différencie de la logique de la R.d.R..

Chapitre 1 - Brève histoire de la prohibition en Belgique

L'histoire des drogues est particulièrement complexe. En effet, contrairement à une idée répandue, la pharmacodépendance n'est pas un phénomène objectif mais est, au contraire, dans tous ses aspects ancrée dans la culture¹⁵. Chaque culture développe ainsi des modes de réponse différents

15 L. NOUWYNCK, *Exposé du Conseiller général à la politique criminelle devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue*, Bruxelles, Ministère de la Justice –

aux questions posées par la consommation de drogues. La consommation de certaines drogues est tolérée, voir encouragée dans certaines cultures et à certaines époques, alors que la consommation de ces mêmes drogues est fortement réprimée dans d'autres cultures et à d'autres époques. Le monde occidental moderne apporte à la question de la drogue une réponse presque exclusivement fondée sur le droit pénal¹⁶.

En Belgique, l'histoire de la répression pénale en matière de drogues commence avec la loi de 1921 concernant le trafic de substance vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques (ci-après, la loi de 1921)¹⁷. Elle est adoptée sous la pression internationale à une époque où, en Belgique, la consommation de drogue est pour ainsi dire inexistante et ne constitue pas un problème de société¹⁸. La loi incrimine toutes les étapes du trafic de stupéfiants (art. 1), ainsi que toute forme de facilitation de leur consommation (art. 3). Sa visée est d'ordre hygiénique : il s'agit non pas d'interdire radicalement les stupéfiants, mais de les réserver à un usage médical légitime. Par ailleurs, dans l'esprit du législateur, la loi vise exclusivement le trafiquant de stupéfiants, et non le simple consommateur qui à l'époque n'est pas perçu comme un délinquant. Ainsi, s'il est vrai que la détention de stupéfiants est incriminée, et que cette incrimination sera plus tard utilisée pour poursuivre le simple consommateur, dans l'esprit du législateur de 1921, elle ne visait que le trafiquant¹⁹.

C'est au tournant des années 1970 que les drogues, qui jusqu'alors avaient peu préoccupé, font leur apparition dans le débat public belge. Une presse à scandale s'empare de la question, et entretient dans les esprits une réprobation importante à l'égard de la toxicomanie, perçue comme flottant quelque part entre le trouble mental et la délinquance. Une interpellation adressée au Sénat en 1970 sur ce sujet me semble particulièrement représentative de la répulsion que la drogue suscite alors : « Il ne se passe pas de jour sans que la presse et la radio ne nous révèlent l'existence d'un nouveau trafic de stupéfiants ou d'un nouveau 'noyau' de drogués (...) Une telle démission devant la vie conduit aux pires déchéances morales et physiques (...) Il est inutile de souligner l'incidence de la drogue sur la délinquance juvénile »²⁰.

Service de la politique criminelle, 1996, p. 3.

16 A. DECOURRIERE, *Les drogues dans l'Union Européenne. Le Droit en question*, Bruxelles, Bruylant, 1996, p. 62.

17 Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, *M.B.*, 6 Mars 1921.

18 C. GUILLAIN, « Les facteurs de criminalisation et les résistances à la décriminalisation de l'usage de drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires », *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2009/2, Vol. 36, p. 119-132.

19 C. GUILLAIN, entretien mené le 19 décembre 2017, annexe 4.

20 Interpellation de M. DE GRAUW, *Compte-rendu analytique*, Sénat, session 1969-1970, séance du 15 avril 1970, p. 442.

Pourtant, le problème de la drogue est loin d'avoir l'ampleur que lui prête l'opinion publique. Si la consommation de drogues à cette époque n'a jamais été quantifiée de manière fiable, il est certain qu'elle est très peu répandue en manière telle qu'elle ne constitue pas un réel problème de santé publique²¹. Le décalage entre la préoccupation du public pour la consommation de drogues et le caractère négligeable du problème dans la réalité est illustré de façon piquante par un fascicule du Service d'Aide Psychologique aux Etudiants de l'ULB daté de 1970. Dans ce fascicule au ton alarmiste, le Service met les étudiants en garde contre les méfaits des drogues. Pourtant, le Service doit bien admettre dans l'introduction de ce même fascicule n'avoir jamais été « jusqu'ici confronté de manière directe avec des problèmes de cet ordre »²².

Deux éléments peuvent expliquer que la consommation drogue mobilise autant malgré son caractère objectivement peu répandu. Tout d'abord, elle est essentiellement le fait de jeunes bourgeois en révolte contre la société sous l'influence des mouvements de Mai 1968 et du mouvement hippie américain. La drogue est donc assimilée par le public à une jeunesse contestataire et délinquante. Ensuite, la pression des États-Unis, engagés dans une véritable « guerre à la drogue », se fait de plus en plus forte au niveau international²³.

Dans les années qui suivent, le phénomène de la drogue prend lentement de l'ampleur, et une tranche de consommateurs marginalisés fait son apparition. Il est important de garder en tête que le problème reste, et ce jusqu'aux années 1990, d'une ampleur tout à fait limitée par rapport à ce que la Belgique connaît à l'heure actuelle. Dans le même temps, de tapageuses campagnes médiatiques continuent de dramatiser le problème de la drogue auprès du public²⁴. On constate que la répression s'accroît et que la loi de 1921 est utilisée de plus en plus fréquemment afin de poursuivre le simple consommateur.

L'adoption de la loi de 1975²⁵ marque le début de la guerre à la drogue...et aux drogués. Cette loi renforce considérablement l'arsenal répressif dont l'état dispose pour faire face aux drogues (augmentation et diversification des peines, multiplication des circonstances aggravantes, etc.) et achève de consacrer l'idée que les simples consommateurs peuvent faire l'objet de poursuites²⁶.

À la même époque, les premières initiatives de traitement des usagers de drogue, principalement des

21 M. MARTIN, « Toxicomanie : le danger de l'irrationalité », *La Revue Socialisme*, Juillet 1984, p. 119.

22 C. BLOCH, *Informations et réflexions sur les drogues*, Bruxelles, Presses Universitaires de Bruxelles, 1970, p. 5.

23 J.-P. ROUSSAUX, présentation du 9 mars 1994 lors du Jour du R.A.T, Bruxelles.

24 L. CASSIERS, J. ORENBUCH, *Résumé des travaux établi à l'attention de Monsieur Robert Urbain, Ministre de la Santé et de l'Enseignement de la Communauté Française de Belgique*, Bruxelles, novembre 1983, p. 16.

25 Loi du 9 juillet 1975 modifiant la Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, *M.B.*, 26 septembre 1975.

26 C. GUILLAIN, « Les facteurs de criminalisation et de résistance à la criminalisation de l'usage de drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires. », *R.I.E.J.*, 2009/2, vol. 63, p. 124.

communautés thérapeutiques, voient le jour. Toutes visent l'abstinence à court terme, seule forme traitement de la toxicomanie concevable à l'époque. En conséquence, les usagers ne souhaitant ou ne pouvant pas renoncer à leur consommation à court terme ne bénéficient, pour la plupart, d'aucune forme de prise en charge²⁷.

Le registre du droit pénal et le registre du thérapeutique sont parfois présentés comme incompatibles : punir *versus* soigner. Je pense qu'il serait réducteur de s'arrêter à cette apparente contradiction. Car, s'il est vrai que le droit pénal et les thérapies orientées vers l'abstinence poursuivent des buts différents (punir pour l'un, soigner pour l'autre), ils partagent néanmoins un horizon commun : l'objectif d'une société sans drogues²⁸. D'un côté, le droit pénal prohibitionniste vise à réprimer le trafic de stupéfiants et à décourager la demande par la crainte de la punition, de l'autre côté, les thérapies à visée abstinentielles visent à faire disparaître la demande de stupéfiants par la « guérison » du consommateur. Le droit pénal et le thérapeutique sont donc les deux volets complémentaires d'un modèle prohibitionniste plus général.

Ce modèle est caractérisé par l'identité entre la fracture séparant le légal de l'illégal et la fracture séparant le sain du pathologique. Il est de type « blanc ou noir », et ne pense pas l'existence d'individus flottant dans une entre-deux : lorsqu'un individu s'égaré du mauvais côté de la fracture, il déchoit immédiatement pour tomber dans la catégorie du malade et du délinquant. Le droit et le thérapeutique s'imposent alors tout-puissants pour forcer son retour à la normalité. Une telle logique de normalisation disciplinaire est, nous le verrons, tout à fait différente des systèmes de management des populations perpétuellement déviantes qui caractérisent le vingt-et-unième siècle.

Chapitre 2 - La prohibition : une logique de maximisation des risques

Afin de bien comprendre les difficultés que pose l'introduction de stratégies de R.d.R. dans un cadre légal prohibitionniste, il faut comprendre quel rôle jouent les risques dans un tel cadre légal. Dans ce chapitre, je démontre que la prohibition est basée sur une logique de maximisation des risques (logique implicite et non démasquée à l'époque) radicalement incompatible avec toute velléité de Réduction des Risques. Je me base ici sur une réflexion publiée par Jean-Pierre Jacques dans le Cahiers de Prospective Jeunesse²⁹.

Dans le modèle de la prohibition, modèle où n'existent que l'abstinence ou l'abîme, qu'en est-il des autres: ceux qui malgré leur tentatives de sevrage sans cesse répétées ne parviennent pas à arrêter

27 X., « Toxicomanies : Qu'est-ce qui fait courir les Belges ? », *La Gazette Parallèle*, Mars 1983, p. 22.

28 B. QUIRION, « Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives entre les différents registres de régulation de la pratique psychotrope », *Déviante et Société*, 2002, vol. 26, n° 4, pp. 479-496.

29 Pour cette section, je me base sur l'article suivant : J.-P. JACQUES, « Maximiser les risques? », *Cahiers de prospective jeunesse*, vol. 8, n° 2, 2003, p. 17-22.

leur consommation, ou ceux qui ne souhaitent simplement pas se conformer à l'idéal d'abstinence ? Ils n'ont aucune place dans le discours officiel et leur devenir ne fait l'objet d'aucune préoccupation... sauf lorsqu'il s'agit d'utiliser leurs déboires comme point de référence pour montrer le caractère souhaitable de l'abstinence. C'est que les toxicomanes malheureux sont nécessaires à la légitimation de la prohibition.

Leurs malheurs, attribués par le discours officiel aux seules drogues, servent à démontrer le caractère néfaste de la consommation de drogues. Leurs destins pathétiques, parce qu'ils sont directement corrélés à leur insoumission à la loi, servent à prouver la pertinence de cette loi. Leur évolution déplorable et visible forme la base d'un modèle de prévention par l'exemple et par la peur où chaque sujet qui souffre ou décède des conséquences de sa toxicomanie est supposé faire effet de propagande anti-drogue auprès de tous ceux qui sont informés de l'accident. Dans ce modèle, dont l'organisation est en définitive assumée par la répression pénale, on admet implicitement le sacrifice d'une partie de la population toxicomane dont la mort est nécessaire à la dissuasion des autres citoyens, et à la légitimation de la norme prohibitionniste. Selon Jean-Pierre Jacques, on parle à l'époque d'un « taux de pertes admissible »³⁰...

Dans cette perspective, la maximisation des risques liés à l'usage de drogues est souhaitable : plus les risques liés à l'usage de drogue sont importants, plus la loi se trouve légitimée aux yeux des citoyens. Et effectivement, la prohibition a pour effet de maximiser les risques liées à la consommation de drogue : elle fait des drogués une population sans accès aux soins médicaux et régulièrement soumise à la répression pénale.

On aperçoit tout de suite que les stratégies de réduction des risques sont la contradiction même de la prohibition qui s'appuie sur les risques catastrophiques liés à l'usage de drogue. Réduire les risques revient à saper les fondements d'un système qui ne pense que les abstinents et les déçus, et a besoin des seconds pour continuer à s'imposer aux premiers.

Partie 3 - Histoire du droit de la R.d.R. en Belgique

Dans cette troisième partie, je retrace l'histoire de la R.d.R. de ses premiers balbutiements à l'époque contemporaine. Le statut juridique de la R.d.R. a radicalement changé au cours de cette histoire : de pénalement réprimée, elle est passée à parfaitement acceptée, et même revendiquée par le gouvernement. Je montrerai quels facteurs ont contribué aux modifications de ce statut juridique, et comment ces modifications ont impacté la situation sur le terrain.

30 *Ibid.*, p. 18.

L'élément le plus frappant dans l'étude du droit de la R.d.R. est la rareté des modifications législatives qui sont intervenues. Les politiques de R.d.R. ont été légalisées presque sans aucune modification des textes de loi. Et quand des modifications législatives ont eu lieu, elles sont toujours intervenues dans l'après-coup, pour consacrer une pratique déjà en place depuis plusieurs années. J'exposerai dans cette seconde partie quelles ont été les conséquences sur le terrain de la quasi-absence d'encadrement législatif. Je m'interrogerai également sur les raisons qui expliquent cette faible implication du législateur. Nous verrons qu'un élément d'explication réside dans les contradictions dans lesquelles le législateur se trouve empêtré dès qu'il tente de légaliser des pratiques de R.d.R. dans un système prohibitionniste.

Chapitre 1 - De 1978 à 1984 : la répression des premières interventions de R.d.R.

Les premiers traitements de substitution

À la fin des années 1970, une population de plusieurs centaines d'usagers de drogues particulièrement marginalisés se développe à Bruxelles. Comme les soins orientés vers l'abstinence ne leur conviennent pas, ils sont abandonnés à eux-mêmes. Une petite trentaine de médecins adopte alors, à partir de 1978, un mode de prise en charge nouveau : ils prescrivent à ces usagers de la méthadone dans l'idée de les stabiliser assez pour permettre le suivi d'une psychothérapie, ou parfois simplement dans l'idée qu'ils courront ainsi moins de risques³¹.

La plupart de ces médecins prescripteurs est animée d'intentions sincères. Ils ont le sentiment de répondre du mieux qu'il le peuvent, à une situation de carence totale dans la prise en charge de ce type de patients. Cependant, isolés, mal renseignés, et souvent désargentés, ils n'ont pas les moyens d'opérer un suivi adéquat de leur patientèle qui les manipule régulièrement³².

Parallèlement, quelques médecins animés d'intentions vénales adoptent une pratique de prescription tout à fait inconsidérées. De nombreux usagers de drogue français traversent alors la frontière pour s'approvisionner en médicaments de substitution qu'ils ne peuvent obtenir chez eux auprès de ces praticiens peu scrupuleux. L'un de ces médecins se poste à la Gare du Midi, et distribue aux usagers français les horaires de trains ainsi que des instructions permettant de ne pas être arrêté par la police³³...

Ces prescriptions mal encadrées donnent lieu à une série de problèmes d'ordre public :

31 J. BAUDOUR, *op. cit.*, p. 258.

32 J.-P. JACQUES, entretien mené le 21 novembre 2017, annexe 1.

33 *Ibid.*

développement d'un marché noir de la méthadone, grabuge social, braquages de pharmacies, etc. Ces troubles, largement relayés par la presse, inquiètent la population qui ne comprend pas qu'on « prescrive de la drogue aux toxicomanes »³⁴. En outre, le développement du trafic transfrontalier entraîne plusieurs plaintes venues de France³⁵.

Le flou juridique entourant les traitements de substitution

À l'époque, les traitements de substitution ne font l'objet d'aucune réglementation particulière. En l'absence de législation spécifique, leur prescription est soumise aux règles qui encadrent l'art de guérir de manière générale, ainsi qu'aux règles qui encadrent la prescription de stupéfiants. Parmi ces dernières, seul l'article 3§3 de loi de 1921 est susceptible de se voir donner une interprétation incriminante pour les médecins prescripteurs de traitements de substitution. Il se lit :

« Art. 3. (...) »

§3 Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance. »

La notion de « prescription abusive » n'est pas définie par la loi, et la question de la légalité des traitements de substitution au regard de l'article 3 n'avait encore jamais été posée devant la justice. L'insécurité juridique était donc importante.

Croisade contre les traitements de substitution

Le développement de ces pratiques de R.d.R. mal encadrées embarrasse particulièrement trois organisations : le Ministère public, l'Ordre des médecins (ci-après l'Ordre), et le Ministère de la Santé et de la Famille incarné dans la Commission Médicale de la Province du Brabant. Dans les années qui suivent, elles tenteront, chacune avec les moyens à leur disposition, de décourager les praticiens de prescrire des traitements de substitution³⁶.

Au cours de mes recherches, j'ai été frappée par la connivence qui a existé entre le Ministère public, l'Ordre, et la Commission Médicale quand il s'agissait de combattre les traitements de substitution : échanges de lettres entre la Commission Médicale et le parquet³⁷, présence de

34 R. LEFEBURE, « Sensationnalisme ou objectivité de la presse écrite dans les domaines liés aux toxicomanies », *la Revue Socialisme*, juillet 1984, p. 133-136.

35 Avis adressé le 11 septembre 1979 par le Dr. OLIEVENSTEIN à la Commission Médicale du Brabant (disponible au Fil d'Ariane, Bruxelles).

36 J. BAUDOUR, *op. cit.*, annexe 1 : les impasses médicales, légales et judiciaires du traitement des toxicomanes, p. 251-260. ; J.-P. JACQUES, *op. cit.*

37 Voir, entre autres, la lettre du 26 avril 1983, adressée par la Commission Médicale provinciale du Brabant au parquet de Bruxelles, l'avisant que des toxicomanes s'injectent, après les avoir dissous, des comprimés prescrits

membres du parquet lors des réunions de la Commission Drogues de l'Ordre³⁸, etc. Cette connivence me semble significative de la répulsion généralisée qu'inspirent à l'époque les traitements de substitution (et probablement, les toxicomanes).

Première vague d'opposition menée par les institutions médicales

La Commission Médicale est la première à prendre une position officielle à propos de l'interprétation de l'art. 3 de la loi de 1921 dans une circulaire envoyée en février 1982 au corps médical selon laquelle « les médecins qui entreprendraient une cure prolongée à la méthadone alors qu'il n'existe pas de législation spécifique prennent le risque d'enfreindre la législation relative aux stupéfiants »³⁹.

L'Ordre publie quant à lui dans une circulaire de 1982⁴⁰, de nouvelles règles déontologiques ayant pour effet de proscrire les pratiques de prescription de méthadone qui s'étaient développées jusqu'alors : imposition du principe des cures rapidement dégressives, interdiction de prescrire de la méthadone injectable ainsi que tout autre produit susceptible de faire l'objet d'un trafic, interdiction de toute pratique de prescription de méthadone par un médecin isolé, etc. Ces règles déontologiques sont à ce point contraignants qu'elles rendent presque impossible la prescription de méthadone. Seul un centre médico-social particulièrement bien organisé pourrait espérer, au prix de beaucoup d'effort, rencontrer tous les critères imposés par l'Ordre. Cette circulaire me semble répondre bien plus aux préoccupations répressives du Ministère public, qu'à de quelconques préoccupations médicales. Elle aura, de façon prévisible, pour effet de décourager la plupart des médecins de prescrire de la méthadone, entraînant la suspension brutale de nombreux traitements⁴¹.

Le parquet entre en lice

Le parquet attend l'année 1983 pour réagir en arrêtant sur base de l'infraction prévue à l'art. 3 de la loi de 1921 les quelques médecins qui se risquent encore à prescrire de la méthadone. La réponse pénale intervient donc environ cinq ans après le début des faits de prescription de méthadone. Le caractère tardif de cette réponse est à mon avis très significatif. Il révèle que bien que la R.d.R. soit unanimement réprouvée et perçue comme illégale, elle pose déjà à l'époque des questions auxquelles le droit a du mal à répondre :

(disponible au Fil d'Ariane, Bruxelles).

38 Présence notamment de trois membres du parquet et du Président de la Commission Médicale lors des réunions où fût préparée la circulaire de 1982 : J. BAUDOUR, *op. cit.*, p. 150.

39 Circulaire du 2 février 1982 de la Commission Médicale d'expression française de la province du Brabant à propos de la méthadone et de la toxicomanie.

40 Circulaire du 27 décembre 1982 du conseil du Brabant de l'Ordre des Médecins.

41 J. BAUDOUR, *op. cit.*, p. 82.

Premièrement, le caractère tardif de l'intervention pénale s'explique par le fait que le parquet espère voir l'Ordre « régler la situation en interne », sans qu'elle ne transpire dans la presse ni n'émerge dans le débat public⁴². Cela suggère l'existence d'une ambiguïté au cœur de la réaction sociale : certes, le parquet juge la R.d.R. clairement illégale...mais il est de si mauvais ton d'arrêter les médecins qui la pratiquent, qu'on ne s'y résout qu'en dernier recours. Il est probable que bien qu'en apparence la R.d.R. soit universellement réprouvée, on se rende compte qu'il s'agit d'une tentative sincère d'aider des gens qui en ont besoin. La question met mal à l'aise, et il semble plus sûr d'éviter le débat.

Deuxièmement, le parquet, bien qu'hostile aux traitements de substitution, est conscient que l'interruption brusque de tous les traitements en cours risque d'occasionner des troubles à l'ordre public⁴³. Plus fondamentalement encore, le parquet a réalisé que les traitements de substitution sont une manière efficace de gérer les quelques centaines de toxicomanes très marginalisés de Bruxelles (diminution de la criminalité liée à la drogue, etc.). Il se trouve donc dans une situation délicate : les traitements de substitution sont intolérables, mais nécessaires.

La solution trouvée par le parquet consistera à rendre impossible les pratiques de R.d.R...à l'exception de celles qui seront développées avec son aval et en collaboration avec lui.

Ainsi, le parquet soutenait officieusement depuis 1982 la création du « Projet Lama ». Le projet Lama est un centre médico-social prescrivant de la méthadone qui ouvre en 1983. Il se différencie, aux yeux du parquet, des médecins prescripteurs arrêtés à plusieurs égards. Tout d'abord, il prescrit la méthadone dans un cadre beaucoup plus strict, qui respecte les circulaires de l'Ordre des médecins. Ensuite, il n'accepte qu'un nombre limité de patients, à savoir la centaine de toxicomanes les plus marginalisés qui pourraient troubler l'ordre public. Enfin, et surtout, le Projet Lama est mis en place en collaboration avec le parquet : un substitut du procureur siège à son conseil d'administration. À ces conditions-là, le Projet Lama fait l'objet d'une tolérance du parquet, malgré l'interprétation que ce dernier donne à l'article 3 de la loi de 1921⁴⁴.

Le parquet a attendu, pour poursuivre les médecins prescripteurs isolés, que le Projet Lama soit prêt à ouvrir en 1983. De façon évidente, les médecins prescripteurs ont été arrêtés deux semaines avant l'ouverture du Projet Lama. Et les plus marginalisés de leurs patients ont pu être repris par le Projet Lama. Ce mécanisme a permis d'éviter l'interruption des traitements et les troubles à l'ordre public qui auraient pu en résulter⁴⁵.

42 J.-P. JACQUES, *op. cit.*

43 *Ibid.*

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*

Dans les années qui suivront, le Projet Lama sera le seul lieu de prescription de traitements de substitution à Bruxelles, toute pratique de prescription en-dehors de ce cadre étant réprimée par le parquet et les institutions médicales. Ce mode de gestion de la toxicomanie semble avoir convenu au parquet, puisqu'en plus de ne pas poursuivre les médecins du Projet Lama, il collaborera activement, mais toujours tout à fait tacitement, au bon fonctionnement de l'institution. Ainsi, un accord non-écrit prévoira qu'il n'y aurait pas de patrouilles de police autour du Projet Lama, afin que les usagers de drogue ne craignent pas de s'y rendre⁴⁶.

En conclusion, le parquet fait de l'art. 3 de la loi de 1921 l'interprétation que les traitements de substitution sont illégaux. Mais il préfère ne pas intervenir lui-même afin de faire appliquer cette incrimination, et il encourage néanmoins la prescription de traitements de substitution dans un centre au conseil d'administration duquel il siège. On ne saurait montrer de manière plus évidente qu'il est malaisé, déjà à l'époque, de répondre par le droit pénal à l'émergence de la R.d.R..

La justice tranche : analyse de l'arrêt Baudour

Les arrestations menées par le parquet résultent dans le procès du médecin prescripteur le plus connu et le plus actif : le Dr. Baudour. Celui-ci est condamné le 2 mars 1984, à trois ans d'enfermement avec sursis par le Tribunal de Première Instance de Bruxelles, sur base de l'art. 3§3 de la Loi de 1921⁴⁷. Dans cette section, j'analyse ce jugement dans lequel, pour la première fois, la justice se prononce sur la légalité d'une pratique de R.d.R..

Le tribunal commence son analyse de l'infraction prévue à l'art. 3§3 par un long examen des travaux préparatoires de la loi dont il conclut que l'article doit être interprété selon le sens usuel des mots. En s'en tenant à une interprétation ainsi limitée, le Tribunal dégage trois conditions d'existence de l'infraction :

1. Que la prescription ou la délivrance soit le fait d'un praticien de l'art de guérir ;
2. Que la prescription porte sur un médicament contenant des substances stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance reprises dans les nomenclatures arrêtées par le Roi ;
3. Que la prescription ou la délivrance soit faite abusivement.

Seule la troisième condition est subjective et doit faire l'objet d'un examen circonstancié par le tribunal.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Corr. Bruxelles (22^e chambre), 2 mars 1984, *Journ. Proc.*, 1984, p. 28-32.

Le tribunal entame son examen en définissant l'abus comme « la notion antithétique de ce qui est en fait normal et conforme aux règles, à la mesure ordinaire ou permise dans la pratique de l'art de guérir ».

Il opère ensuite une distinction entre le type de traitement instauré, en l'espèce principalement le traitement à la méthadone, et ses conditions d'exécution.

En ce qui concerne le type de prescription instaurée, le tribunal estime ne pouvoir déceler d'abus, dès lors que le monde scientifique a, de manière générale, admis les traitements à la méthadone. Le tribunal se réfère à des études menées en Suisse et aux Etats-Unis où les traitements méthadone sont à l'époque répandus.

En revanche, en ce qui concerne les conditions d'exécution du traitement, le tribunal estime devoir mener un examen approfondi de la question. Et c'est ici que s'opère un mouvement interpellant :

Il commence par rappeler l'importance de la liberté thérapeutique, et le fait que les circulaires de l'Ordre n'ont aucune force réglementaire et obligatoire. Il estime donc ne pouvoir se baser, en tant que telles et sans autre examen, sur les circulaires et recommandations de l'Ordre. Cependant, le Tribunal estime devoir vérifier si ces circulaires et recommandations ne constituent pas la traduction de l'état actuel de la science, ou le simple reflet des règles générales consacrées par la pratique médicale. En effet, si le traitement entrepris devait s'écarter des règles générales consacrées par la pratique médicale, il serait constitutif d'abus selon la définition qu'en a donné le Tribunal.

Or, dans son examen des dispositions de la circulaire de 1982 de l'Ordre des Médecins, le tribunal arrive systématiquement à la conclusion qu'elles sont bien le reflet de règles générales consacrées par la pratique médicale. Le résultat en est que le jugement reprend l'intégralité de la circulaire, et conclut que toute prescription qui s'en écarte est abusive, puisqu'antithétique de ce qui est en fait normal et conforme aux règles, à la mesure ordinaire ou permise dans la pratique de l'art de guérir.

C'est par cet étonnant procédé que ce jugement qui soulignait pourtant à la fois la légitimité de principe des traitements à la méthadone, et le caractère non contraignant des circulaires de l'Ordre, donne en pratique une force obligatoire à une circulaire qui rend les traitements à la méthadone presque impraticables.

Chapitre 2 - De 1984 au début des années 1990 : la R.d.R. au tombeau

Le consensus social autour de l'illégalité de la R.d.R.

L'arrêt Baudour marque la fin des traitements de substitution en Belgique. Seule exception : le

centre médico-social Projet Lama dont j'ai exposé les conditions d'existence plus haut. Ce centre ne prend en charge qu'une centaine d'usagers de drogues environ. Les autres n'ont donc plus aucun accès aux traitements de substitution.

Le procès Baudour n'a même pas pour effet d'ouvrir un réel débat à propos de la méthadone. Bien au contraire, l'arrêt semble refléter une opinion largement répandue en calquant les règles pénales sur les règles déontologiques émises par l'Ordre des Médecins. On peut ainsi lire dans un livre de 1986 se prononçant contre les cures non dégressives à la méthadone que « La déontologie la plus élémentaire renforce, à cet égard, la loi pénale »⁴⁸.

L'Ordre de son côté, vit le procès Baudour comme une humiliation : il a été pris de vitesse par le parquet à propos d'un problème qu'il aurait dû être capable de régler en interne⁴⁹. Dans les années qui suivent, l'Ordre n'a d'autre préoccupation en ce qui concerne les toxicomanes, que d'éviter de se trouver à nouveau dans l'embarras face au parquet. Il adopte donc une attitude de plus en plus sévère face à la prescription de méthadone. Les circulaires 3/1987 puis 2/1990 renforcent l'interdiction pour des médecins isolées de prescrire des traitements de substitution, imposent des conditions restrictives aux centres spécialisés qui les prescrivent⁵⁰, et prévoient l'obligation de communiquer au conseil de l'Ordre du Brabant l'identité de chaque patient suivant un traitement à la méthadone ainsi que son programme thérapeutique personnel. Il est évident, à la lecture des comptes-rendus de l'Ordre des Médecins, d'une part que sa préoccupation principale était de se conserver la bienveillance du parquet, et d'autre part qu'il savait qu'en édictant des interdictions de traitement, il débordait de sa mission : « Je crois que pour un problème de ce type, il faut déborder des missions classiques de l'Ordre, parce qu'il y a des partenaires, il y a la justice »⁵¹. Ces comptes-rendus sont également éclairants à propos des conditions qui ont amené l'Ordre à de telles extrémités : « Nous avons eu des entretiens avec les représentants du parquet à Bruxelles. Nous avons fait une espèce de Gentleman's agreement (...) »⁵².

Les premiers cas de SIDA...sans grandes conséquences

En 1984, peu de temps après l'ouverture du Projet Lama, les médecins qui rencontrent les premiers

48 A. DECOURRIERE, *Le toxicomane : criminel et malade ?*, Bruxelles : Decourrière, Bruxelles, 1986, p. 124.

49 J.-P. JACQUES, *op. cit.*

50 Ces circulaires prévoient que toute prise en charge d'un patient toxicomane avec traitement de substitution doit être précédée d'une évaluation par une équipe psychiatrique pluridisciplinaire spécialisée ; que le traitement de substitution doit être assuré par une équipe médico-psycho-sociale incluant au moins un psychiatre ayant une compétence dans le domaine de la toxicomanie ; que l'administration par voie orale de méthadone n'est admise que pour les toxicomanes avérés depuis au moins trois ans, chez qui des tentatives de désintoxication ont échoué au moins à deux reprises ; et que la prise de traitements de substitution ne peut se faire que dans certaines conditions, notamment sous une forme non manipulable par le patient.

51 Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 de la Commission de la Drogue de l'Ordre des médecins.

52 Compte-rendu de la réunion du 8 septembre 1988 de la Commission de la Drogue de l'Ordre des médecins.

cas de SIDA à l'hôpital Saint-Pierre contactent le Projet Lama afin de leur demander de mener une étude sur la prévalence du virus parmi les toxicomanes. On constate que la moitié des patients en est infecté. C'est un choc terrible pour les médecins du Projet Lama : à l'époque, le SIDA est une maladie mystérieuse qui tue à tout coup. C'est alors que les médecins du Projet Lama se mettent progressivement à penser en termes de R.d.R.. Il s'agit de réduire de façon urgente les risques de transmission du SIDA⁵³.

Si les médecins du Projet Lama se mettent à penser en termes de R.d.R., cette réflexion ne se propage pas pour autant au reste de la société. Comme nous l'avons vu, l'interdiction du la R.d.R. est à l'époque consensuelle. Cela est dû au fait qu'à l'époque, le SIDA est perçu comme un problème qui ne concerne que les toxicomanes et les homosexuels⁵⁴. Il n'est pas susceptible de venir bousculer les valeurs d'une société qui ne se sent pas concernée.

Chapitre 3 - Les années 1990 : La R.d.R. prend son envol

Le début des années 1990 marque un tournant dans la prise en charge des toxicomanies en Belgique. Un changement fondamental dans les mentalités permettra la mise en place d'initiatives de R.d.R. par les acteurs de terrain, et, dans un second temps, leur investissement par le monde politique. Afin de bien comprendre comment ces changements légaux ont pu avoir lieu, il importe d'étudier quelques changements de société qui marquent le début des années 1990. Nous verrons ensuite comment la société civile a mis en place les premières actions de R.d.R. pour des raisons humanitaires, puis comment le monde politique a emboîté le pas pour des raisons sécuritaires. On se demandera pour terminer dans quelle mesure on peut considérer que la R.d.R. a été « récupérée par le sécuritaire ».

Quelques changements sociétaux marquant le début des années 1990

Le nouveau visage de la consommation de drogues

Rappelons-nous qu'au début des années 1970, la consommation de drogues ne concernait qu'un nombre relativement restreint de personnes. Elle constituait principalement un mode de contestation bourgeois subversif de l'idéologie dominante, et s'accompagnait d'un retrait délibéré de la société. La toxicomanie des population marginalisées apparaît à partir de la fin des années 1970, mais reste un phénomène d'ampleur relativement limitée.

En 1990, la toxicomanie a changé de visage. Tout d'abord, le nombre de consommateurs de drogue

53 J.-P. JACQUES, *op. cit.*

54 *Ibid.*

a explosé. Ensuite, la contestation s'est faite passive sans qu'aucune idéologie nouvelle ne voie le jour. La toxicomanie devient bien plus une marque de désespoir que de rébellion. Enfin, la marginalisation des usagers de drogue n'est plus un choix délibéré, mais plutôt un abandon par une société en crise⁵⁵. Cet abandon se traduit par des conditions de vie particulièrement difficiles : le taux de mortalité dans la population toxicomane est, pour chaque tranche d'âge, dix fois plus élevé que dans la population normale⁵⁶.

Cette évolution est le résultat de changements sociétaux qui ont pour conséquence d'accroître la vulnérabilité sociale d'une partie de la population. L'économie évolue vers des emplois de plus en plus précaires et la rotation dans la main d'œuvre accélère. Chez les jeunes défavorisés, l'avenir professionnel est souvent vécu comme tellement sombre qu'il y a une anticipation de l'exclusion du monde du travail qui se traduit par un désinvestissement scolaire. À cette insécurité financière s'ajoute l'insécurité qui résulte de la désagrégation du tissu familial et des difficultés de contradictions culturelles pour les immigrants de la seconde génération⁵⁷.

L'émergence du SIDA comme problème de société

C'est à cette période que le SIDA prend des proportions épidémiques, et ne semble plus devoir concerner que les toxicomanes et les homosexuels, mais bien l'ensemble de la population⁵⁸. Le virus devient alors un sujet de préoccupation majeur pour les médias et le politique. À la même période, des études montrent que des pratiques de R.d.R. comme les traitements de substitution et l'échange de seringue réduisent significativement les risques de transmission du virus par les toxicomanes⁵⁹.

Ce changement permettra un renversement des mentalités concernant la R.d.R. Force est de constater que ce renversement des mentalités n'a pas été motivé par l'impact individuel du SIDA sur les toxicomanes. Celui-ci était connu depuis 1984 et avait peu ému le public. C'est l'émergence du SIDA comme problème de santé publique concernant toute la société qui fera accepter la R.d.R., désormais perçue par le public et le politique comme une technique d'intervention permettant de diminuer statistiquement la propagation du virus au sein de populations susceptibles de le répandre. Pour le dire autrement, les pratiques à risques des usagers de drogue représentent une menace collective qu'il s'agit de neutraliser par l'implémentation de stratégies de R.d.R.

Bien sûr, la plupart des professionnels qui mettent en place des initiatives de R.d.R. sont animés

55 CODITO ABSL, conférence de presse, 29 Avril 1987, Bruxelles.

56 Exposé de F. LEQUARRE devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2, 6 mai 1996, p. 415.

57 CODITO ABSL, conférence de presse, 29 Avril 1987, Bruxelles.

58 M. REISINGER, « Quid du modèle hollandais ? », *Journal du Médecin*, Avril 1990, p. 12.

59 M. REISINGER, *Arrêter l'héroïne*, Bruxelles, Editions Complexe, 1990, p. 34.

d'intentions humaines. Mais il me semble important de souligner que ce ne sont pas principalement ces motivations humaines qui ont fait tolérer puis légaliser les pratiques de ces professionnels. Je reviens sur cette question dans la dernière section de ce chapitre.

La prise de conscience des limites des thérapies orientées vers l'abstinence

Dans les années 1990, on ne peut plus penser que les cures de désintoxication sont la panacée⁶⁰. De trop nombreuses études ont montré le taux élevé de rechute et de mortalité à la sortie de ces programmes. L'obsession pour la désintoxication n'a pas disparu, mais elle ne fait plus l'unanimité⁶¹.

Les acteurs de terrain mettent en place la première génération d'actions de R.d.R.

Au début des années 1990, de plus en plus de professionnels sincères sont profondément touchés par la situation misérable des usagers de drogues, et particulier lorsque ceux-ci sont atteints du SIDA. Ces professionnels réagissent en mettant en place diverses stratégies de R.d.R.

À la même époque, les autorités politiques et judiciaires se trouvent en quelque sorte contraintes de tolérer la R.d.R. En effet, la combinaison des changements sociétaux que nous avons étudiés dans la section précédente (explosion du nombre d'usagers de drogue et précarisation de leurs conditions de vie, proportion épidémique du SIDA, etc.) met en échec le système de « maximisation des risques » : en continuant dans cette perspective, on aurait dépassé de loin le taux de « pertes acceptables » pour aboutir à un réel problème de santé publique. Ces considérations de santé publique imposent aux autorités le développement d'un autre modèle.

C'est la rencontre entre ces professionnels préoccupés par les individus, et des autorités préoccupées par la santé publique qui permettra le développement de la R.d.R..

L'apparition des premiers comptoirs d'échange de seringues

Bien que les seringues soient théoriquement en vente libre, leur accès a en réalité longtemps dépendu du bon vouloir des pharmaciens qui détenaient le monopole de leur distribution⁶². Or, jusque dans les années 1990, les autorités pharmaceutiques dissuadaient les pharmaciens de vendre des seringues aux usagers de drogues. Les pharmaciens développaient donc diverses techniques afin d'éviter de leur en procurer : certains exigeaient que l'utilisateur de drogue leur apporte la prescription

60 J.-P. JACQUES, *op. cit.*

61 Exposé de M. BUNTINX devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2, 6 mai 1996, p. 480.

62 Elle sont en effet assimilées à des médicaments sur la base de l'A.R. du 6 juin 1990 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation, *M.B.*, 22 juin 1990.

d'un médicament injectable, d'autres menaçaient de se renseigner auprès de la police, d'autres encore soutenaient que les seringues étaient en rupture de stock, d'autres enfin, ne vendaient les seringues que par paquets de dix, plus chers et plus repérables⁶³.

En 1993, face à la résistance des pharmaciens, certaines associations (Médecins sans frontières, Pharmaciens sans frontières, le Comité de concertation sur l'alcool et les autres drogues, Modus Vivendi) mettent en place des comptoirs d'échange de seringues en-dehors des pharmacies⁶⁴.

Ces travailleurs risquent des poursuites non seulement pour non respect du monopole de distribution accordé aux pharmaciens, mais aussi sur base de l'art. 3 §2 de la loi de 1921. Cet article ce lit ainsi :

« 3. (...)

§ 2. *Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage. »*

Bien que la question n'ait pas été tranchée par la justice, il n'y a à mon sens pas de doute que l'échange ou la distribution de seringue constitue de la facilitation d'usage prohibée par cet article. Je pense qu'on peut l'affirmer pour les raisons suivantes :

Tout d'abord, c'est assez intuitif lorsqu'on se réfère au sens usuel des mots de l'article. Il est en effet plus facile de s'injecter de l'héroïne avec une seringue que sans.

Ensuite, cette opinion semble avoir été partagée par tout le monde à l'époque, y compris les associations qui mettent en place les comptoirs d'échange dont la démarche consiste à braver volontairement le prescrit légal afin de le faire changer⁶⁵.

Enfin, lorsque le législateur voudra légaliser l'échange de seringue, il ne lui semblera pas possible de le faire sans modifier l'art. 3 §2.

Et pourtant, les travailleurs des comptoirs d'échange de seringues n'ont fait l'objet de poursuites judiciaires⁶⁶. On voit à quel point les mentalités ont changé en l'espace de dix ans. Non seulement ces actions qui apparaissent nécessaires face à l'épidémie de SIDA sont largement tolérées, mais en plus, sous leur impulsion, c'est l'ensemble de la société qui progressivement, en vient à soutenir la R.d.R.. Les premières à suivre le mouvement sont les autorités pharmaceutiques qui se montrent plus souples à partir du milieu des années 1990. Elles encouragent alors les pharmaciens à

63 Exposé de F. LEQUARRE devant le groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue, *op. cit.*, p. 419.

64 C. VAN HUYCK, entretien mené le 14 janvier 2018, annexe 2.

65 *Ibid.*

66 *Ibid.*

considérer que le monopole dont ils disposent dans la délivrance de médicaments et de produits assimilés, leur a été accordé afin de protéger le patient, et non pour l'utiliser contre ce dernier⁶⁷.

Cette évolution ne se fait bien sûr pas de façon uniforme. On rencontre une certaine résistance de la part des autorités policières et judiciaires. A titre d'exemple, il arrive régulièrement que des seringues soient saisies lors de l'interpellation d'usagers de drogues comme « pièce à conviction » et comme « présomption d'infraction à la loi sur les stupéfiants ». Mais ces résistances ne sont pas de nature à entraver réellement la mise en place de programmes d'échange de seringue⁶⁸.

La réapparition des traitements de substitution

Le contexte : des désaccords insurmontables entre les médecins et l'Ordre des médecins

Jusqu'en 1993, l'Ordre, insensible à l'évolution des mentalités, continue à poursuivre sans relâche les médecins prescrivant de la méthadone en-dehors des centres accrédités. A titre d'exemple, l'Ordre inflige en décembre 1990 une interdiction professionnelle au Dr. Dupret, un neuropsychiatre bruxellois, pour avoir traité ses patients toxicomanes sans plan de traitement et de manière isolée⁶⁹. Le Dr. Dupret, comme d'autres avant lui, n'est pas poursuivi pour avoir causé un préjudice quelconque, mais pour avoir désobéi à l'Ordre.

La prescription de traitements de substitution reste donc pour ainsi dire impossible en-dehors de quelques centres spécialisés. Infor-Drogues affirme recevoir un nombre croissant d'appels de la part des familles d'usagers de drogues faisant part « de leur désarroi et de leur révolte devant le refus assez systématique des médecins de leur venir en aide par crainte des sanctions édictées par l'Ordre des médecins »⁷⁰. Il semble que nombre de généralistes refusent même de soigner des toxicomanes pour des problèmes qui n'ont rien à voir avec la drogue, tant ils craignent de se trouver en difficulté face à l'Ordre⁷¹.

C'est dans ce contexte qu'environ 170 médecins se rassemblent au sein d'Initiative Déontologique Médicale (IDM) afin d'obtenir l'annulation par le Conseil d'Etat des circulaires de l'Ordre concernant les traitements de substitution. Dans une lettre à leurs confrères médecins⁷², les membres d'IDM accusent l'Ordre d'être plus préoccupé par la réaction du parquet que par des impératifs de santé publique. Ils y développent en outre l'argumentaire suivant : l'Ordre ne laisse le choix aux

67 *Toxicomanie. Le consommateur de la drogue et le pharmacien*, Association pharmaceutique belge, 1995, T.I., p. 158.

68 Exposé de M. DE VLEESCHOUWER devant le groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2, 6 mai 1996, p. 652.

69 C. VASSARI, « Toxicomanie : la moralité des soins », *Le Vif/L'express*, 28 décembre 1990, p. 13.

70 X., « Drogues : offensive contre une circulaire », *La Libre Belgique*, 18 décembre 1990, p. 6.

71 M. EINHORN, « Dure, la drogue », *Le Généraliste*, 4 décembre 1991, p. 5.

72 Lettre de Initiative Déontologique Médicale adressée aux confrères, 23 décembre 1991.

toxicomanes qu'entre l'abstinence immédiate, leur pourvoyeur illégal habituel, ou des centres de traitement saturés qui, le plus souvent, refusent de les prendre en charge. En empêchant ainsi les toxicomanes d'avoir accès à une prise en charge médicale, l'Ordre transgresse la déontologie médicale traditionnelle qui impose de traiter les malades au mieux de leurs intérêts et en respectant leurs droits fondamentaux. Ainsi, « Au nom de la lutte contre la drogue, l'Ordre invoque paradoxalement l'éthique pour exclure des bénéficiaires de la médecine normale, et même de la médecine tout court, certains patients et certains traitements ». Les médecins concluent qu'une solution s'impose : attaquer leur propre Ordre devant le Conseil d'État.

Les arrêts « substitution » du Conseil d'Etat

Sur la requête de membres d'IDM, Le Conseil d'État sera amené à prononcer trois arrêts successifs annulant les règles prévues dans la circulaire 2/1990 et ouvrant ainsi la porte au développement de traitements de substitutions. Suite à un premier arrêt par lequel le Conseil d'État annule la circulaire 2/1990 (sauf en ce qu'elle abroge la circulaire 3/1987), l'Ordre entreprendra d'imposer les mêmes règles par la voie d'un avis annexé à deux lettres. Suite à la suspension de cette lettre par le Conseil d'État, l'Ordre transcrira ces mêmes règles directement dans le Code de Déontologie Médicale (art. 37, b)). Un troisième arrêt prononçant la suspension de l'article 37, b), mettra fin aux tentatives de l'Ordre de restreindre l'accès aux traitements de substitution.

Dans chaque affaire, IDM prend moyen de la violation des articles 6 et 15 de l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, dont elle soutient que ni l'un, ni l'autre, ne permet à l'Ordre de prendre en matière thérapeutique, des mesures à caractère général et réglementaire. Or, les règles édictées par l'Ordre à propos des traitements de substitution ont, selon IDM, un tel caractère général et réglementaire.

L'article se 6, 3^o se lit :

« 6. Les attributions des conseils provinciaux sont:

(...)

3^o Donner aux membres de l'Ordre d'initiative ou à leur demande, des avis sur des questions de déontologie médicale qui ne sont pas réglées dans le code prévu à l'article 15, § 1er, ou par la jurisprudence établie en application du § 2, 1^o du même article;

(...) »

L'article 15, qui réserve le pouvoir réglementaire au Roi, se lit :

« 15.

§1. Le conseil national élabore les principes généraux et les règles relatives à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession, qui constituent le code de déontologie médicale.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, donner force obligatoire au code de déontologie médicale et aux adaptations qui seraient élaborées par le conseil national.
(...) »

Dans les trois arrêts, le Conseil d'État donne raison à I.D.M. Je trouve remarquable qu'il ait fallu trois arrêts pour dissuader l'Ordre de poursuivre les médecins prescripteurs, alors qu'il ressort des procès verbaux des séances de l'Ordre qu'il était pleinement conscient de déborder de sa mission en édictant des règles à caractère réglementaire : « Maintenant nous allons interdire, ce qu'en principe on ne peut pas faire parce que légalement ce n'est pas la mission de l'Ordre »⁷³.

Analysons à présent ces trois arrêts en détail.

L'arrêt du 29 janvier 1993⁷⁴

Cette arrêt porte sur une demande en annulation de la circulaire 2/1990. Il oppose un médecin membre d'IDM au conseil du Brabant de l'Ordre des médecins.

Selon le requérant, la circulaire, étant en réalité de nature réglementaire, excède la compétence d'avis attribuée aux conseils provinciaux de l'Ordre des médecins.

Selon le défendeur, la circulaire est dépourvue de caractère réglementaire pour la raison suivante : la circulaire n'édicte pas de règles nouvelles mais se contente d'exprimer par écrit des règles déontologiques qui lui préexistaient. En effet, les règles déontologiques d'une profession existent indépendamment de leur énonciation dans un texte formel. Le conseil du Brabant de l'Ordre n'a pas eu d'autre intention que de transcrire ces règles déontologiques dans la circulaire, et en particulier, n'a pas eu l'intention de rendre la circulaire obligatoire.

Il ressort de l'examen du Conseil d'État que les interdictions et obligations formulées dans la circulaire n'appartiennent pas à une catégorie de règles qui pourraient exister sans être énoncées dans un texte, et qu'en conséquence, la circulaire fixe bien des règles nouvelles. Le Conseil d'État relève en outre qu'il ressort du texte même de la circulaire que le conseil du Brabant de l'Ordre avait bien l'intention, en édictant ces règles, de les rendre obligatoires, d'en contrôler le respect et d'en réprimer la violation. En effet, le texte de la circulaire précise que celle-ci est « impérative pour les confrères » et que « Le Conseil de l'Ordre du Brabant se doit d'avertir solennellement les confrères qui ne respecteraient pas les décisions reprises dans cette note qu'ils se verront sanctionnés disciplinairement ».

⁷³ Compte-rendu de la réunion du 27 novembre 1986 de la Commission de la Drogue de l'Ordre des médecins.

⁷⁴ C.E. (3^e chambre), 29 janvier 1993, n° 41.825, Picard.

En conséquence, la circulaire 2/1990 est annulée, sauf en tant qu'elle abroge la circulaire 3/1987⁷⁵.

L'arrêt du 9 juin 1993⁷⁶

Suite à l'arrêt du 23 janvier 1993, le Président de l'Ordre national des médecins et le Président du conseil du Brabant d'expression française de l'Ordre des médecins adressent chacun aux médecins une lettre⁷⁷ à laquelle est annexée un avis⁷⁸ contenant des règles identiques à celles prévues par la circulaire 2/1990. Ces deux lettres ainsi que l'avis y annexé constituent l'acte attaqué dans une demande de suspension introduite par I.D.M.

Selon le Conseil d'État, les deux lettres constituent de simples actes de transmission qui ne modifient pas l'ordonnement juridique, et ne peuvent donc faire l'objet d'une demande de suspension. L'avis par contre, est en réalité un règlement puisqu'il énonce des règles nouvelles que l'Ordre avait l'intention de rendre obligatoires. Cette volonté ressort du texte de la lettre du 26 février 1993 qui précise que « les circulaires du Conseil national restent de stricte application et (qu') il appartient aux conseils provinciaux de les faire respecter ».

Le Conseil d'État se contente d'un court examen afin d'établir l'existence d'un risque de préjudice grave et difficilement réparable dans le chef des requérants : l'application de l'avis risque de décourager de nombreux patients de suivre leur traitement, les requérants risquent donc de voir leur clientèle se restreindre et d'être contraints de se tourner vers d'autres spécialités médicales que la toxicologie.

L'exécution de l'avis du 17 octobre 1992 est suspendue. Suite à cet arrêt, le Conseil national de l'Ordre retire l'avis en sa séance du 21 août 1993.

L'arrêt du 23 décembre 1993⁷⁹

Suite à l'arrêt du 9 juin 1993, l'Ordre a le 28 août 1993, modifié le code de déontologie médicale pour y insérer un article 37, b) reprenant les règles initialement contenues dans la circulaire 2/1990 puis dans l'avis du 17 octobre 1992. Cet article 37, b) constitue l'acte attaqué dans une demande de suspension introduite par IDM

75 La circulaire 3/1987 fixant des règles analogues à celles qui sont élaborées par la circulaire 2/1990, il apparaît qu'elle a également un caractère réglementaire. Le Conseil d'Etat ne peut prononcer une annulation qui aurait pour effet de rétablir un règlement dont il a constaté l'illégalité (art. 107 de la Constitution).

76 C.E. (4^e chambre), 9 juin 1993, n° 43.258, Picard et Reisinger.

77 Lettre de Monsieur R. SCREVEENS, président de l'Ordre national des médecins, adressée aux médecins inscrits, 24 février 1993 ; Lettre du Docteur J. MARIN, président du Conseil du Brabant d'expression française de l'Ordre des médecins, adressée aux médecins inscrits, 26 février 1993.

78 Avis du 17 octobre 1992 du Conseil national des médecins, intitulé « Dépendances vis-à-vis des drogues dures : principes déontologiques ».

79 C.E. (3^e chambre), 23 décembre 1993, n° 45.471, Picard et Reisinger.

Sur base d'un raisonnement similaire à celui des arrêts précédents, le Conseil d'État déclare que l'article 37, b) a un caractère réglementaire, alors que l'Ordre ne dispose pas du pouvoir de donner un caractère réglementaire aux articles du code de déontologie médicale.

L'examen du risque de préjudice est dans cet arrêt-ci particulièrement intéressant. Le Conseil d'État commence par noter, comme dans l'arrêt précédent, que les requérants risquent de voir leur clientèle se restreindre. Mais dans un second temps, le Conseil d'État examine le risque de préjudice encouru par les usagers de drogue eux-mêmes, en considérant que ce préjudice constituerait un préjudice moral pour les requérants. Le début de ce passage est révélateur du climat de l'époque : « Plus personne n'ignore à l'heure actuelle que les toxicomanes constituent la catégorie la plus importante de nouveaux cas de SIDA ». Après avoir décrit l'ampleur de l'épidémie de SIDA chez les usagers de drogue, le Conseil d'Etat se réfère à plusieurs affirmations récentes de politiciens et magistrats selon lesquels les traitements de substitution permettent de diminuer l'incidence du SIDA chez les usagers de drogues. Il établit ensuite que le nombre de places de traitement de substitution à Bruxelles est largement insuffisant. Il en conclut que l'acte attaqué risque fort d'éloigner les toxicomanes des cabinets médicaux, et de les confronter de fort près aux risques de SIDA. Les usagers encourent donc un risque de préjudice, et ce préjudice constituerait un préjudice moral pour leur médecin.

L'exécution de l'article 37, b), est donc suspendue. L'article 37, b) a été revu par le Conseil National de l'Ordre lors de sa séance du 19 mars 1994 pour répondre aux critiques faites par le Conseil d'État⁸⁰.

La porte est ainsi ouverte à la prescription de traitements de substitution. Pour la plupart des médecins de l'époque, il est évident que l'épidémie de SIDA a joué un rôle important dans la réflexion du Conseil d'Etat⁸¹. Cette opinion me semble d'autant plus crédible que le Conseil d'État a lui-même consacré de nombreux développements à la question du SIDA dans son dernier arrêt.

Précisons quelque peu la situation légale suite à cet arrêt du Conseil d'État. La prescription de traitements de substitution n'est plus soumise à aucune règle déontologique particulière. Elle n'est donc soumise qu'aux règles qui contrôlent l'ensemble de l'art de guérir et à celles qui s'appliquent aux stupéfiants. Parmi celles qui s'appliquent aux stupéfiants figure toujours l'art. 3 §3 de la loi de 1921 sur base duquel le Dr. Baudour avait été condamné. Mais sa portée est plus floue que jamais. En effet, on ne peut plus se baser sur l'arrêt Baudour puisque les règles dégagées dans cet arrêt ne constituent assurément plus « la traduction de l'état actuel de la science, ou le simple reflet des règles générales consacrées par la pratique médicale ». Il n'existe par ailleurs plus de règles

80 Révision communiquée aux médecins inscrits par une lettre circulaire du 30 mars 1994.

81 J. -P. JACQUES , *op. cit.*

postérieures à l'arrêt Baudour sur lesquelles se baser puisque les seules qui existaient viennent d'être annulées. Il n'existe en outre aucune forme de consensus social à ce sujet puisque les mentalités à propos de la méthadone évoluent rapidement et de façon peu uniforme. La situation juridique est donc particulièrement peu claire.

Conclusion

Voici donc que la R.d.R. commence à s'établir en l'absence totale d'intervention politique. L'échange de seringue a été mis en place par des travailleurs sociaux et des médecins, et la légalisation des traitements de substitution a été rendue possible par l'initiative des médecins traitant les usagers. L'absence de réaction du politique et des parquets indique que la R.d.R. n'est plus perçue comme une pratique à réprimer. Bientôt le politique emboîtera le pas... Pour le moment, la situation légale est fascinante : l'échange de seringue se développe dans l'illégalité, et les traitements de substitution dans le flou juridique le plus total. Et il n'est pas évident que la situation dérange qui que ce soit.

Le politique emboîte le pas...pour des raisons sécuritaires

Ce sont les acteurs de terrain, le cas échéant en ayant recours aux cours et tribunaux, qui créent la R.d.R.. J'ai montré pour quelles raisons le monde politique et judiciaire l'a tolérée. J'examine à présent la façon dont le politique a suivi le mouvement et commencé à investir dans la R.d.R. Les motivations du monde politique sont bien différentes de celles des acteurs de terrain : il s'agit non pas d'une logique humanitaire, mais d'une logique sécuritaire. Suite à la montée du thème de l'insécurité à partir de 1992, la R.d.R. est perçue par le gouvernement comme un politique permettant de garantir l'ordre et la sécurité collective. Il s'agit alors de lutter contre les nuisances liées à l'utilisation de drogues dans un cadre répressif (et pas d'une remise en question du caractère répressif de la politique en matière de drogues).

La montée du thème de l'insécurité dans les années 1990 et la focalisation sur les usagers de drogues

Le thème de l'insécurité envahit progressivement le discours politique belge à la suite des grandes affaires criminelles des années 1980⁸². Ainsi, dans la déclaration gouvernementale du 5 juin 1990⁸³, le gouvernement annonce son intention de promouvoir la sécurité des citoyens et le maintien de l'ordre afin de rétablir « la confiance du public dans les institutions policières, judiciaires et

82 Rapport fait au nom de la commission d'enquête chargée d'examiner la lutte contre le banditisme et le terrorisme, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 1989-1990, n°59/8, p. 382.

83 Déclaration gouvernementale lue par le Premier ministre Martens à la Chambre et au Sénat le 5 juin 1990, dite « Plan de Pentecôte ».

politiques chargées des fonctions d'autorité »⁸⁴.

Suite à la montée de l'extrême droite aux élections du 24 novembre 1991, la question de l'insécurité fait l'objet d'un investissement politique plus important encore. Dans la déclaration gouvernementale du 9 mars 1992, le gouvernement annonce vouloir répondre « aux aspirations du citoyen à trouver des solutions au sentiment d'insécurité accrue »⁸⁵. Il annoncera ainsi une série de mesures sécuritaires comme la lutte contre la délinquance des mineurs d'âge, la lutte contre la toxicomanie, le renforcement des actions de prévention contre la petite délinquance et la conclusion de contrats de prévention et de sécurité⁸⁶.

Il est frappant de constater que cette préoccupation pour l'insécurité ne s'intéresse qu'à un seul type de délinquance : la petite délinquance urbaine et répétitive. La figure principale de cette délinquance est identifiée dans le toxicomane. On peut ainsi lire dans la déclaration gouvernementale de 1992 que « la toxicomanie provoque un criminalité sans cesse plus importante » ou encore que « nous pensons à cet égard aux aspirations du citoyen à trouver des solutions au sentiment d'insécurité accru, au problème de la drogue,... ». Dans la même veine, le gouvernement constate dans une note de 1994 « une corrélation certaine entre la croissance de la consommation de drogue chez les jeunes et une mutation de la criminalité, avec l'apparition d'une petite et moyenne délinquance fréquente et répétitive »⁸⁷.

À la même époque, la répression pénale des consommateurs de drogue s'accroît considérablement. Ainsi, le nombre d'affaires de drogues traitées par le tribunal correctionnel de Bruxelles « n'a cessé de croître, dans une mesure telle que celles-ci menacent en quelque sorte de monopoliser l'activité du tribunal »⁸⁸. La majorité des prévenus sont de simples consommateurs et non des trafiquants.

L'encadrement des traitements de substitution

Première tentative de solution : la Conférence de Consensus

Suite à l'intervention du Conseil d'État, la méthadone ne fait plus l'objet d'aucune autre réglementation spécifique. L'impact de ce vide juridique sur le terrain est particulièrement peu clair. Il est certain que le nombre de prescripteurs de méthadone augmente très fort, et que de nombreux usagers de drogue peuvent désormais être pris en charge. Mais la possibilité de prescrire de la

84 *Ibid.*

85 Déclaration gouvernementale lue par le Premier ministre Jean-Luc Dehaene à la Chambre et au Sénat le 9 mars 1992.

86 *Ibid.*

87 Note de politique général du gouvernement fédéral sur la problématique de la toxicomanie du 28 septembre 1994.

88 W. DE PAUW, « Le traitement pénal des affaires de drogue à Bruxelles en 1993 et 1994 », *Cahiers BRES*, n°31, p. 62.

méthadone sans encadrement légal pourrait avoir posé des problèmes similaires à ceux qu'elle posait au début des années 1980. En effet, de nombreux articles de presse font état de prescripteurs insuffisamment entourés ou formés se faisant manipuler par leurs patients, situation résultant dans la création d'un marché noir de la méthadone⁸⁹. Cependant, dans d'autres articles, des médecins contestent ces faits, et soutiennent que peu d'abus ont eu lieu⁹⁰. Le parquet de son côté ne semble pas considérer qu'il y a beaucoup d'abus puisqu'il ne poursuit aucun médecin pour prescription abusive de méthadone entre 1993 et 1995⁹¹. Il est donc difficile de se faire une idée précise de la situation.

Il semble en tous cas qu'il soit apparu nécessaire de donner une certaine forme d'encadrement à la prescription de méthadone. Mais le corps médical est majoritairement opposé à un encadrement légal, dont il craint qu'il ne soit trop strict et ne réduise l'offre de soins aux usagers de drogues. Il souligne que la méthadone est un médicament comme les autres, et n'a pas de raison de faire l'objet d'un encadrement pénal⁹². Du côté politique, les motivations sécuritaires font accepter les traitements de substitution de manière assez large. Cependant, on garde une grande réticence à exprimer cette acceptation dans une loi. Le monde politique n'est pas encore prêt à « légaliser une drogue », l'idée semble trop laxiste⁹³.

Un compromis entre le désir d'encadrer ces pratiques, et la réticence à adopter une loi pour ce le faire, est trouvé dans la figure de la « Conférence de Consensus ». Une Conférence de Consensus est une conférence dans le cadre de laquelle une série de spécialistes issus de nombreux secteurs sont invités à donner devant un jury leur opinion à propos d'un thème de santé. Sur cette base, le jury rédige des conclusions à propos des bonnes pratiques à adopter en la matière. Habituellement, les Conférences de Consensus permettent simplement de consulter les experts préalablement à la rédaction d'un projet de loi. Dans ce cas-ci, la solution envisagée par le Ministre est différente. Il se propose de se limiter à l'organisation d'une Conférence de Consensus, et de faire des conclusions de cette Conférence un accord politique entre le monde politique et le secteur toxicomanie. Cet accord politique doit permettre d'éviter toute intervention législative dans le domaine.

La Conférence de Consensus à propos des traitements de substitution, est organisée par le Ministre de la Santé, Jacques Santkin, le 8 octobre 1994 à Gand. Après avoir entendu de nombreux avis, le

89 B. DRION, « Méthadone en débat : un risque de dérive ? », *Le Généraliste*, 5 octobre 1994, p. 4.

90 J.P.V., « Levée de boucliers », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p. 10.

91 J.-P. VANKEERBERGHEN, « Alto-SSMG en appelle à Dehaene », *Le Généraliste*, 20 décembre 1995, p. 6.

92 R. KERSTENNE, « On va pouvoir prescrire de la méthadone », *Le Soir*, 2 décembre 1995, p. 6.

93 V. KIRSZBAUM, « Traitements de substitution : le PRL veut rassurer les inquiets », *Journal du Médecin*, 23 mars 1993, n° 698, p. 3.

jury de la Conférence conclut que les traitements méthadone ont une validité médicale et qu'ils peuvent être mis en place par des médecins isolés. Il détaille ensuite les conditions dans lesquelles il convient que ces traitements se déroulent : il convient que les médecins soient formés, que les patients fassent également l'objet d'un encadrement social, etc⁹⁴. Remarquons que dans la lignée des préoccupations sécuritaires du moment, le jury souligne aussi « l'impact positif qu'a le produit sur la consommation d'héroïne et sur la criminalité qui y est liée ». En outre, certains spectateurs semblent avoir été frappés par les « relents trop sécuritaires » de certains exposés⁹⁵.

Les conclusions du jury sont ensuite publiées par le Ministre Santkin. Selon lui, la Conférence de Consensus est un accord de nature politique qui doit régler définitivement la question de la méthadone, aucune loi n'étant requise. Plus encore, le ministre définit le texte comme « un plaidoyer explicite pour une non intervention du pouvoir législatif ou du pouvoir réglementaire dans le domaine de la pratique médicale associée aux traitements à la méthadone »⁹⁶.

Le Ministre se prononce également sur la portée qui doit désormais être donnée à l'art. 3 de la loi de 1921. Selon lui, « l'existence du texte de consensus modifie la façon dont cet article doit être lu. Dans les limites établies par le consensus, un traitement d'entretien à la méthadone constitue un acte médical totalement étranger à la nation d'abus et pleinement légitime »⁹⁷.

La prétention du Ministre à modifier la portée de la loi par un consensus politique fait dès le début des sceptiques. Ainsi, selon le Député Philippe Monfils « Un consensus médical n'a pas force de loi, il ne change vraiment rien au contenu de celle de 1921, et n'aura qu'une influence limitée sur l'attitude répressive des parquets. Même le ministre de la Justice n'a pas le pouvoir de formuler des injonctions négatives à ses magistrats instructeurs (« Messieurs les juges, bien que la loi n'ait pas changé, vous ne devez pas poursuivre ») »⁹⁸.

Et pourtant, une loi ?

En 1995, le nombre de patients traités à la méthadone a décuplé sans heurt⁹⁹. Le débat de société s'est dépassionné, la méthadone ayant largement fait ses preuves. Les médecins, le parquet et les magistrats adoptent une attitude ouverte sur la question. Il n'en est pas de même pour le gouvernement qui trouve pour la première fois qu'il est nécessaire d'adopter une loi définissant le cadre dans lequel la méthadone peut être prescrite. « Paradoxe assez typique en Belgique : C'est au

94 Conclusions du jury de la Conférence de Consensus à propos des traitements de substitution organisée le 8 octobre 1994.

95 F. HANON, « Consensus ou non consensus méthadone », *Le Généraliste*, 9 novembre 1994, p. 7.

96 A. MEYERE, « La méthadone est efficace », *Le Journal du Médecin*, 14 octobre 1994, p. 5.

97 P. ESCOYEZ, « Un acte médical pleinement légitime », *Le Journal du Médecin*, 18 octobre 1994, p. 14.

98 V. KIRSZBAUM, « Rien ne remplace une loi », *Le Journal du Médecin*, 25 octobre 1994, p. 10.

99 M. REISINGER, « Faut-il encadrer la méthadone ? », *Le Soir*, 27 décembre 1995, p. 8.

moment où la méthadone a largement fait ses preuves et où les réticences du corps médical à son égard s'estompent que le gouvernement, sortant d'une longue léthargie, envisage de légiférer »¹⁰⁰. Selon Patrick Mandoux, magistrat, « la rigueur (incompréhensible) de l'administration tient à la vieille chape morale ». Elle tient à mon avis également aux préoccupations sécuritaires du gouvernement, clairement énoncées dans la déclaration politique de 1995¹⁰¹. Il y a pour un gouvernement de ce type quelque chose d'intolérablement incontrôlé dans cette circulation de drogue non réglementée. La méthadone continue à susciter une certaine méfiance¹⁰², notamment de la part des pharmaciens qui plaident pour la traduction dans une loi des conclusions de la Conférence¹⁰³.

Les médecins prescripteurs, et notamment IDM. qui repart au combat, continuent de rejeter avec force « le principe d'une loi d'exception » qui encadrerait pénalement la prescription de méthadone alors qu'aucun autre médicament ne fait l'objet d'un tel encadrement. Selon ces médecins, le cadre légal actuel suffit¹⁰⁴. En effet, la méthadone, en tant que stupéfiant, est toujours réglementée par la loi de 1921. L'incrimination de la prescription abusive et de l'incitation à la consommation s'y appliquent toujours, et leur portée serait de rendre répréhensible toute prescription de méthadone « en dehors d'un usage médical approprié », cette notion devant inclure la prescription de méthadone par des médecins isolés. Si les parquets ou les juges ont des difficultés à déterminer ce qui constitue un « usage médical approprié », il convient qu'ils fassent appel à des experts médicaux. En effet, les seules personnes compétentes pour se prononcer à propos de modalités thérapeutiques sont les médecins, et parmi eux, ceux qui sont reconnus par leurs pairs comme compétents dans le domaine dont question. Les médecins proposent alors de façon piquante de créer une structure médicale apte à conseiller les parquets et les juges dans ce genre de cas ; on voit ici que l'Ordre a perdu toute crédibilité, aux yeux de la plupart des médecins, pour exercer cette fonction.

Cette proposition ne résout pas vraiment la question. Il s'agirait d'implémenter un système similaire à celui qu'on a connu dans les années 1980 : les institutions judiciaires se pliant aux recommandations émises par une institution médicale. Seule différence, les médecins voudraient créer une nouvelle institution qu'ils espèrent plus progressiste que l'Ordre des Médecins. Cette étrange solution qui consisterait à faire la même chose qu'avant tout en contournant une autorité médicale qui s'est décrédibilisée n'est pas de nature à convaincre réellement.

100 C. MONIQUET, « Méthadone : le nouveau débat », *Le Journal du Médecin*, 22 mars 1996, p. 21.

101 « Programme d'action toxicomanie-drogue » adopté par le Conseil des ministres le 3 février 1995.

102 J.P.V., « En arrière toutes ! », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p.4.

103 M. EINHORN, « IDM repart au combat », *Le Journal du Médecin*, 23 février 1996, p. 3.

104 J.-B. LAFONTAINE, « Méthadone : la loi suffit », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p. 11.

Les débats sur cette question traineront finalement encore neuf ans. En l'absence d'abus sur le terrain, et de réelle demande de la part des professionnels, la question n'était pas urgente.

L'encadrement de l'échange de seringues

Le monde politique s'intéresse également à l'échange de seringues. Ainsi, dans le cadre de son « Programme d'action toxicomanie-drogues » du 3 février 1995, il entend « au nom de la réduction des risques liés à la propagation des maladies infectieuses », mettre en place un encadrement légal efficace afin d'autoriser les programmes de distribution et d'échange de seringues en dehors du réseau pharmaceutique¹⁰⁵. Par ailleurs, il prévoit dans son plan drogue un grand nombre de mesures de nature essentiellement répressive¹⁰⁶ dont le détail n'est pas pertinent pour ce mémoire.

La loi de 1998¹⁰⁷ est la concrétisation du plan drogues de 1995. Elle légalise les programmes d'échange de seringues en place depuis 1993 d'une part en mettant fin au monopole des pharmaciens en matière de distribution de seringues, et d'autre part, en ajoutant à l'art. 3 de la Loi de 1921, un paragraphe prévoyant que la distribution de seringues ne peut tomber sous le coup de l'infraction de facilitation ou incitation à l'usage. L'art. 3 se lit désormais comme suit :

« Art. 3. § 1. (...)

§ 2. Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage.

(Ne sont pas soumises à l'application de l'alinéa précédent, l'offre en vente, la vente au détail et la délivrance, même à titre gratuit, visées à l'article 4, § 2, 6°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.) »

Le premier objectif, explicite, de cette modification législative est de réduire chez les toxicomanes les risques de transmission d'infections virales résultant de l'usage collectif des seringues¹⁰⁸.

Un second objectif, implicite, me semble être de nature sécuritaire. Plusieurs éléments me semblent permettre de l'affirmer :

Tout d'abord, à côté du volet R.d.R., la loi comporte un important volet répressif. La R.d.R. ne représente qu'une infime partie des outils que le gouvernement entend utiliser pour répondre au

105 « Programme d'action toxicomanie-drogue » adopté par le Conseil des ministres le 3 février 1995.

106 Notamment l'extension du champ d'application de la peine accessoire prévue par la Loi de 1921.

107 Loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, *M.B.*, 23 décembre 1998.

108 Projet de loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, Session 1995-1996, n°536/1, 18 avril 1998, p. 1.

problème de la drogue, et elle ne semble pouvoir s'envisager qu'intégrée à un dispositif sécuritaire plus large.

Par ailleurs, les préoccupations sécuritaires qui entourent l'adoption de la loi et la méfiance que suscite la mise en place de dispositifs de R.d.R. ressortent des débats parlementaires. A titre d'exemple, une députée s'inquiète du problème des seringues abandonnées dans des lieux susceptibles d'être fréquentés par des enfants¹⁰⁹. Un autre souligne que « la distribution par les centres spécialisés comporte un risque de dérives telles que la distribution ou vente concomitante de stupéfiants »¹¹⁰. Le ministre de la Santé publique, quand à lui, est amené à rassurer les députés en précisant que les centres où les seringues seront échangées ne peuvent devenir « des refuges qui finalement encourageraient la toxicomanie au lieu de la circonscrire »¹¹¹.

La mise en place d'institutions hybrides

Le gouvernement entreprend de mettre sur pied une série d'institutions amalgamant les questions sécuritaires et socio-sanitaires. Dans la plupart des cas, l'approche sécuritaire est, dans l'esprit du gouvernement prioritaire. Ainsi, la mise sur pied, à Bruxelles, du centre Transit pour usagers de drogues interpellés par la police répond à la volonté politique d'envisager « la très importante problématique de la toxicomanie dans notre région non seulement sur le plan de la sécurité publique, mais aussi de la santé publique »¹¹². L'objectif premier est sécuritaire : il s'agit de répondre au désarroi des policiers communaux devant l'impossibilité d'orienter les usagers de drogues vers des structures adéquates. Le centre est en outre financé non pas par le Ministère de la Santé mais par le Ministère de l'Intérieur¹¹³.

La R.d.R. a-t-elle été récupérée par le sécuritaire ?

Position de la question

Nous avons observé que ce sont essentiellement des motivations sécuritaires qui ont motivé le monde politique à tolérer et puis à légaliser les politiques de R.d.R., et qu'en outre, ces politiques ont souvent été financées par l'argent du Ministère de l'Intérieur. Même avant cela, on a vu que le SIDA n'a provoqué de réel changement que lorsqu'il est devenu un problème de santé publique.

109 *Ibid.*, n°536/3, 6 janvier 1998, p. 4.

110 *Ibid.*, n°536/4, 12 janvier 1998, p. 2.

111 *Ibid.*, n°536/3, 6 janvier 1998, p. 2.

112 Réponse de M. PICQUE, Ministre-Président, à l'interpellation de Mme Payfa, conseillère régionale, relative « aux initiatives prises par l'exécutif pour lutter contre la toxicomanie », septembre 1993.

113 *Etat de la question du centre d'hébergement en urgence pour toxicomanes*, Document de la Commission des Affaires intérieures chargée des pouvoirs locaux et des compétences d'Agglomération du Conseil de la région de Bruxelles-Capitale, séance du 21 décembre 1993.

Pour le dire autrement, le monde politique a toujours donné à la R.d.R. un objectif non pas humanitaire, mais gestionnaire (gestion de l'ordre public, gestion de la santé publique).

Ces éléments ont amené de nombreux auteurs de l'époque à écrire que la R.d.R. avait été récupérée par des objectifs gestionnaires ou sécuritaires. À titre d'exemple, Dan Kaminski écrit « Les mesures globales et intégrées, telles que celles récemment adoptées par le gouvernement fédéral belge ont effectivement intégré une approche du problème en termes de réduction des risques à un dispositif pénal inchangé, en donnant une coloration non plus sanitaire mais sécuritaire au syntagme 'réduction des risques' »¹¹⁴.

Que penser de telles affirmations ? À mon avis, il convient de nuancer le propos en distinguant plusieurs niveaux d'observation¹¹⁵. Si l'on se situe à un niveau d'observation « macro » où on s'intéresse au monde politique, alors de telles affirmations sont parfaitement justes : la récupération de la R.d.R. par le sécuritaire est patente. Par contre, si on quitte ce niveau d'observation pour plonger dans la réalité de terrain, on arrive à une tout autre conclusion : la plupart des acteurs sont animés d'intentions humanitaires, et parviennent à subvertir le cadre politique sécuritaire pour mener une action humaine.

Il me semble important de consacrer une section de ce mémoire à ce sujet, car la perspective qu'on adopte le plus naturellement en tant que juriste ne nous fait apercevoir que le premier de ces deux niveaux d'observation¹¹⁶ : nous lisons les travaux parlementaires, le texte de la Conférence de Consensus, les déclarations gouvernementales, et n'y voyons que des préoccupations sécuritaires. Or on se ferait une idée fautive de l'histoire du droit de la R.d.R. en s'imaginant qu'elle correspond au développement d'une réalité sécuritaire sur le terrain. Afin de bien comprendre le propos, développons ce qu'on peut observer à chacun des deux niveaux d'observation.

Un premier niveau d'observation où on se situe à la hauteur du monde politique...

La meilleure façon de comprendre ce qu'est la R.d.R. pour le politique qui la récupère me semble être d'observer le glissement dans le contenu de la notion de « risque » qui accompagne cette récupération : on passe de risques individuels (humains) à des risques collectifs (exprimés en termes de sécurité ou de santé publique)¹¹⁷. Il ne s'agit plus de réduire des risques qui se mesurent à l'échelle de l'individu : souffrance liée à la désaffiliation sociale, à la maladie, etc. Il s'agit

114 D. KAMINSKI, « Approche globale et intégrée : de l'usage politique des drogues », in B. DE RUYVER, G. VERMEULEN, A. DE LEENHEER (éds.), *Approches sécuritaire et socio-sanitaire : complémentaires ou contradictoire ?*, Actes du troisième congrès national 'Gestion des drogues en 2000', Antwerpen/Bruxelles, Maklu/Bruylant, 1996, p. 237.

115 D. KAMINSKI, entretien mené le 4 décembre 2017, annexe 5.

116 *Ibid.*

117 B. QUIRION, *op. cit.*, paragraphe 28.

désormais de réduire des risques qui se mesurent à l'échelle collective : augmentation du taux de criminalité, propagation de maladies qui menacent la communauté, etc. C'est ainsi que le politique a récupéré la première vague d'initiatives de réduction des risques individuels pour faire de la réduction des risques collectifs¹¹⁸.

Un second niveau d'observation où on descend voir ce qui se passe sur le terrain...

Le fonctionnement réel du secteur de la toxicomanie ne s'intègre absolument pas dans une logique sécuritaire. Bien au contraire, l'écrasante majorité des acteurs de terrain continue de faire de la réduction des risques individuels, de s'occuper de santé plutôt que de sécurité, de s'intéresser à l'individu plutôt qu'au collectif¹¹⁹. Tantôt ils agissent simplement dans les lacunes du cadre sécuritaire. Tantôt ils parviennent même à utiliser de manière subversive les moyens de la sécurité, pour faire de la santé. Ainsi, le centre Transit utilise un financement du Ministère de l'Intérieur pour mener dans la pratique, des actions qui relèvent de la santé. Bien que Transit ait été fondé par le monde politique pour des raisons clairement sécuritaires, l'institution est parvenue à gagner l'entière confiance du reste du secteur qui considère unanimement que Transit a toujours « fait de la santé »¹²⁰. Il arrive également que des acteurs jouent le jeu de politique en avançant des arguments sécuritaires auxquels eux-mêmes ne croient pas, afin d'obtenir les modifications législatives ou le financement dont ils ont besoin pour mener des actions humaines¹²¹.

C'est pourquoi, en se situant à ce niveau d'observation, on pourrait dire que c'est le sécuritaire qui a été récupéré par une R.d.R. humanitaire. L'impact dans la réalité des modifications législatives motivées par des objectifs sécuritaires des années 1990 a été de permettre la mise en place d'un important réseau œuvrant pour le bien-être des consommateurs de drogues.

Conclusion

En conclusion, tout est une question de niveau d'observation. Il est certain que ces deux niveaux se sont influencés mutuellement : les acteurs de terrain ont ouvert la voie puis poussé le monde politique à légaliser leur pratique, le monde politique a tantôt facilité, tantôt contraint les pratiques des acteurs de terrain. L'étude de cette question déborde largement le cadre de ce mémoire. J'ai tenté dans cette section de donner un aperçu de sa complexité.

118 D. KAMINSKI, *op. cit.*

119 *Ibid.*

120 S. ALEXANDRE, entretien mené le 10 novembre 2017, annexe 3.

121 J.-P. JACQUES, *op. cit.*

Chapitre 4 : Les années 2000 – La R.d.R. disparaît du débat public

Au cours des années 2000, la R.d.R. continue à se développer sur le terrain, mais ne suscite plus de débat de société. La question qui occupe les esprits en matière de drogue est désormais tout autre : faut-il dépénaliser le cannabis ? C'est de cette question que traiteront principalement les nombreuses et confuses réformes du droit de la drogue des années 2000. Il arrive qu'une disposition touchant à la R.d.R. se glisse dans ces réformes, mais dans un tel cas, la disposition en question n'intéresse pas et ne fait l'objet que d'un débat parlementaire succinct. Le droit de la R.d.R. évolue donc très peu.

Le climat des années 2000

Les raisons de la disparition de la R.d.R. du débat public

A mon sens, au début des années 2000, tout le monde a trouvé son compte dans les pratiques de R.d.R. qui se sont mises en place. Elles ont permis d'enrayer l'épidémie de SIDA, de réduire les nuisances liées à la consommation de drogue, et d'améliorer le bien-être des usagers de drogue. Peu de personnes songent donc à s'y opposer.

De manière plus générale, la consommation de drogues dures ne préoccupe plus comme avant. La rhétorique du « fléau des drogues » qui avait marqué la fin du vingtième siècle disparaît progressivement. L'« héroïnomanie » cède la place de figure principale de l'insécurité au « terroriste ». La consommation de drogues dures devient un problème de marginaux qui ne semble plus devoir concerner le reste de la société¹²². Le débat à propos de la drogue se cristallise alors autour de la question du cannabis, beaucoup plus présente dans la réalité de la majorité des électeurs.

Un changement de discours politique qui concerne peu la R.d.R.

Le gouvernement Verhofstadt I annonce dès son élection vouloir se consacrer aux questions éthiques. Il semble vouloir adopter en matière de drogue une approche basée sur la prévention et le soin¹²³. Ainsi, le ministre de la Justice précise que « la plus grande priorité sera donnée à la prévention individuelle et sociale et plus particulièrement aux activités dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la recherche et de la formation ainsi que de la lutte contre l'exclusion sociale »¹²⁴.

Mais les questions sécuritaires ne sont pas oubliées pour autant. L'accord gouvernemental fait une

122 S. ALEXANDRE, *op. cit.*

123 *La voie vers le XXI^e siècle*, Accord de gouvernement du 8 juillet 1999 ; Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999.

124 Note de politique générale du ministère de la Justice pour l'année budgétaire 2000, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 1999-2000, n°50-198/13, p. 52.

priorité de la réduction des « troubles et de la criminalité liés à l'approvisionnement et au trafic de drogue »¹²⁵. En outre, le premier plan de sécurité présenté par le ministre de la Justice s'éloigne sensiblement de l'approche prônée par le gouvernement pour se consacrer aux « nuisances et à la criminalité liées à la drogue »¹²⁶. Pour le justifier, le ministre n'hésite pas à évoquer une corrélation statistique entre la consommation de drogues et la criminalité¹²⁷.

Entre les années 2000 et 2003, le gouvernement s'engage dans un processus de réforme du droit de la drogue extrêmement confus¹²⁸ portant sur des questions qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude (principalement la question de la détention de cannabis pour usage personnel). La question de la R.d.R. ne préoccupe plus du tout. La note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue de l'an 2000¹²⁹ comprend, parmi de nombreuses autres mesures, le projet de légaliser le texte de la Conférence de Consensus de 1994. Ce point n'attire aucune attention, il est donc difficile de déterminer ce qui a motivé le gouvernement à l'adopter.

La légalisation des traitements de substitution

Le nouveau cadre légal

Conformément à la note de l'an 2000, le législateur donne à la Conférence de Consensus une traduction légale en 2002. À cet effet, il modifie la loi de 1921 afin que les médecins prescrivant des traitements de substitution ne puissent être poursuivis sur base de son article 3, à condition qu'ils respectent des modalités de prescription qui seront prévues par arrêté royal¹³⁰. Le nouvel article 3 se lit comme suit :

« 3. (...)

§ 3. *Seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, les praticiens de l'art de guérir, de l'art vétérinaire ou d'une profession paramédicale qui auront abusivement prescrit, administré ou délivré des médicaments contenant des substances soporifiques, stupéfiantes ou psychotropes de nature à créer, entretenir ou aggraver une dépendance.*

§ 4. *Ne peuvent être sanctionnés, en vertu du paragraphe précédent, les traitements de substitution dispensés par un praticien de l'art de guérir.*

On entend par traitement de substitution tout traitement consistant à prescrire, administrer ou délivrer à un patient toxicomane des substances stupéfiantes sous forme médicamenteuse, visant,

125 *La voie vers le XXI^e siècle*, Accord de gouvernement du 8 juillet 1999.

126 Y. CARTUYVELS, P. MARY, « Le Plan fédéral de sécurité », *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2001, n°1727-1728, p. 63.

127 MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire*, Point 6.8. Nuisances liées à la drogue et à la sécurité, Bruxelles, janvier 2000, p. 145-163.

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

129 *Note de politique fédérale relative à la problématique de la drogue*, 20 septembre 2000, p. 59.

130 Loi du 19 mars 2002 visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi de 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes et antiseptiques, *M.B.*, 1 octobre 2002.

dans le cadre d'une thérapie, à améliorer sa santé et sa qualité de vie, et à obtenir si possible le sevrage du patient.

(...)

Sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, le Roi détermine, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, les conditions relatives à :

1° la délivrance et l'administration du médicament;

2° l'enregistrement du traitement par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement moyennant le respect de la réglementation relative à la protection de la vie privée.

Pour les substances médicamenteuses qu'Il détermine, le Roi prévoit, sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions et par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, des conditions concernant :

1° le nombre de patients pouvant être pris en charge, par médecin;

2° l'accompagnement du traitement et la formation continue du médecin;

3° la relation que le médecin prescripteur établit avec un centre spécialisé ou avec un réseau de soins. »

La loi n'opère donc pas une dépénalisation totale des traitements de substitution. En effet, le médecin qui les prescrit sans respecter les conditions est toujours passible de poursuites sur base de l'article 3 de la loi de 1921. Les traitements de substitution restent les seuls médicament dont la prescription est encadrée par une loi pénale.

L'arrêté royal d'application est adopté en 2004 et modifié en 2006¹³¹. Il reprend l'essentiel du contenu de la Conférence de Consensus, mais il est plus strict sur certains points: le nombre de patients par médecin prescripteur est limité à 120, le médecin se voit imposer le suivi d'une formation spécifique, etc.

Pourquoi le monde politique décide-t-il d'encadrer une pratique qui existe depuis 15 ans sans poser de problèmes ? A mon avis, la réponse à cette question n'était pas claire même à l'époque. Rappelons que la légalisation de la méthadone est un élément accessoire d'une réforme du droit des drogues tout à fait confuse : en 2002, plus personne ne sait où on en est sur la question des drogues. Cette confusion est évidente à la lecture des travaux parlementaires¹³² : certains députés déplorent le caractère trop laxiste de la loi, alors que d'autres en déplorent caractère trop contraignant, et personne ne s'accorde sur l'objectif de loi.

L'impact du cadre légal sur la pratique des médecins prescripteurs

Dans cette section, je poursuis l'étude de l'impact du droit de la R.d.R. sur le terrain. Je me base dans ce but sur l'article « Les pratiques de substitution des médecins généralistes face aux politiques publiques » de C. Jeanmart¹³³.

131 A.R. du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution, *M.B.*, 30 avril 2004, modifié par l'A.R. du 6 octobre 2006.

132 Rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société par M. HONDEMARCO, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 28 juin 2002, n°1749/003, p. 7-13.

133 C. JEANMART, « Les pratiques de substitution des médecins généralistes face aux politiques publiques »,

L'auteure se penche premièrement sur l'impact de la législation des traitements de substitution sur les médecins qui avant la réforme, étaient peu investis dans le traitement d'usagers de drogue. En ce qui les concerne, la loi semble avoir pour effet de les dissuader de prendre en charge des usagers de drogue : ceux qui refusaient de les prendre en charge continuent de refuser, et ceux qui n'en prenaient qu'un petit nombre en charge ont tendance à abandonner cette prise en charge. Cela est dû au fait que la loi semble avoir attiré leur attention sur les difficultés inhérentes au travail avec les usagers de drogue. En outre, ils craignent d' « avoir des ennuis »¹³⁴ avec l'Ordre des médecins ou la justice. En effet, ils ne perçoivent pas la loi comme une balise visant à les protéger, mais bien comme un outil visant à les punir au moindre faux pas.

L'auteure s'intéresse ensuite aux médecins acceptant de nombreux suivis et prônant la souplesse. Ces médecins ont souvent une longue carrière dans la prise en charge des usagers de drogue et rejettent l'objectif d'abstinence. Ils revendiquent un certain pragmatisme qui va parfois jusqu'à braver le cadre légal pour assurer l'accès aux soins de tous les usagers, par exemple en dépassant le nombre de patients admis. Ils sont de manière générale opposés à l'imposition de bonnes pratiques abstraites qui selon eux ne permettent pas de tenir compte de la complexité des cas particuliers : « respecter les lois à 100% ce n'est peut-être pas si bon que ça...Un cadre rigide, c'est peut-être pas si bon que ça...la vie ce n'est pas des cadres rigides... »¹³⁵.

En conclusion, la législation agit comme un frein aux pratiques de substitution. Les médecins qui ne prescrivaient pas de méthadone avant la réforme ne sont pas d'avantage enclins à le faire, ceux qui en prescrivaient peu ont tendance à arrêter, et ceux qui en prescrivaient beaucoup continuent tout en trouvant que le cadre légal constitue un poids inutile.

Le développement du pill-testing

A partir de l'année 2002, l'ASBL Modus Vivendi met en place des actions de pill-testing¹³⁶. Un lieu de testing fixe est installé à Bruxelles (Modus Fiesta¹³⁷), et différents stands de testing temporaires sont installés sur le site de grands festivals où la consommation de drogue est importante. Certains test peuvent être effectués au stand, alors que d'autres nécessitent le transport de la drogue vers un laboratoire.

Le pill-testing ne dispose d'aucun cadre légal. En conséquence, sa mise en place demande de

Drogues, santé et société, vol. 8, p. 233-265.

134 *Ibid.*, p. 253.

135 *Ibid.*, p. 257.

136 C. VAN HUYCK, *op. cit.*

137 MODUS VIVENDI, « Accueil Modus Fiesta », disponible en ligne: <http://modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique21> (consulté le 22 mai 2018).

nombreuses négociations :

Tout d'abord, dans le cadre des opérations de testing, l'équipe de Modus Vivendi est amenée à posséder et transporter des stupéfiants. Or la détention et le transport de stupéfiants sont illégaux sans autorisation de l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé¹³⁸. Modus Vivendi doit donc demander une telle autorisation. Elle l'a obtenue et doit la faire renouveler régulièrement¹³⁹.

Ensuite, le pill-testing tombe sous le coup de l'art. 3 en ce qu'il incrimine l'incitation à la consommation. Modus Vivendi doit donc systématiquement négocier avec les parquets locaux afin d'obtenir un accord permettant la mise en place d'une opération de testing. En cas de refus du parquet, la mise en place de l'opération est impossible¹⁴⁰.

Enfin, l'installation d'un stand sur le site d'un festival nécessite l'accord de l'organisateur du festival. Comme aucune disposition légale ne requiert la mise en place d'un stand de testing lors d'un festival, l'organisateur est entièrement libre de refuser. Un tel refus est souvent rencontré auprès d'organisateur qui veulent donner l'image d'un festival sans drogue. Puisqu'ils refusent d'admettre la présence de drogues sur le lieu de festival, ils refusent qu'on tente de réduire les risques liés aux drogues sur le lieu du festival (c'est la politique de l'autruche...)¹⁴¹.

L'absence de cadre légal fait du pill-testing une politique extrêmement précaire¹⁴², entièrement soumise à l'arbitraire des parquets et des organisateurs de festivals. Sa mise en place est épuisante pour les acteurs de terrain qui doivent mener pour chaque festival de longues négociations avec l'organisateur et le parquet local. Le résultat en est que le pill-testing ne se développe que de façon limitée.

Chapitre 5 : questions contemporaines en matière de R.d.R.

Dans cette section, j'examine deux stratégies de R.d.R. qui posent encore des problèmes légaux à l'heure actuelle : l'éducation à l'injection et la mise en place de salles de consommation. Nous verrons que cette législation est caractérisée par d'importantes divergences d'idées entre le niveau fédéral et les entités fédérées francophones. Au niveau fédéral, on observe une hostilité certaine envers la R.d.R. s'inscrivant dans le cadre d'une idéologie sécuritaire¹⁴³. Au niveau des entités

138 Art. 1 de la loi de 1921 lu en combinaison avec l'art. 11 de l'A.R. du 31 décembre 1930 réglementant les substances soporifiques et stupéfiantes, et relatif à la réduction des risques et à l'avis thérapeutique, *M.B.*, 20 janvier 1931.

139 C. VAN HUYCK, *op. cit.*

140 *Ibid.*

141 *Ibid.*

142 C. VAN HUYCK, « La réduction des risques en manque de cadre », *Prospective Jeunesse : drogues, santé, prévention*, 2010, p. 35-39.

143 C. VAN HUYCK,

fédérés francophones, on observe au contraire un fort soutien à la R.d.R.¹⁴⁴. Nous verrons que cette divergence joue en rôle important concernant des salles de consommation à moindre risque.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Le cadre légal

Il faut ici distinguer deux niveaux de compétence. La compétence en matière pénale est fédérale, c'est donc à ce niveau que se discute l'incrimination de l'ouverture d'une SCMR. La compétence en matière de santé par contre, est régionale pour ce qui concerne la mise en place et le financement des SCMR¹⁴⁵. Examinons la situation à ces deux niveaux, et la façon dont ils s'articulent.

Niveau fédéral

Les SCMR sont illégales en Belgique car l'art. 3 de la loi de 1921 prohibe explicitement la mise à disposition d'un lieu de consommation. Le secteur toxicomanie milite depuis de nombreuses années afin d'obtenir une modification de l'art. 3 permettant l'ouverture de SCMR¹⁴⁶. Il souligne que tous les pays limitrophes de la Belgique en ont à présent ouvert, et fait part de son indignation face à ce qu'il considère comme un scandale de santé publique¹⁴⁷.

Les demandes du secteur ont été entendues par certains politiciens. Un projet de loi visant à légaliser les SCMR a été déposé par W. De Meyer en 2014¹⁴⁸. Il l'ajout à l'art. 3 de la loi de 1921 un alinéa excluant les SCMR de son champ d'application. Mais un tel projet de loi ne correspond pas aux programmes des partis au pouvoir au niveau fédéral¹⁴⁹ qui bloquent son examen en séance plénière par des renvois répétés dans des commissions diverse qui traînent à se prononcer¹⁵⁰. Il

144 Voyez à titre d'exemple: FEDITO, Bruxelles: la réduction des risques en matière de drogues (enfin) reconnue, en ligne <https://feditobxl.be/fr/2016/07/bruxelles-reduction-risques-matiere-de-drogues-enfin-reconnue/> (consulté le 10 mai 2018).

145 Art. 5 de la Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *M.B.*, 15 août 1980, lu en combinaison avec l'art. 3 du Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 4 avril 2014, *M.B.*, 25 juin 2014.

146 PLATTE-FORME RDR, *Appel à soutenir l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en Belgique*, 26 mars 2013, pétition en ligne: <https://reductiondesrisques.be/appel-scrm-belgique/> (consulté le 20 mars 2018).

147 PLATE-FORME RDR, *Salles de Consommation*, décembre 2012, en ligne <https://reductiondesrisques.be/dispositifs/salles-de-consommation/> (consulté le 20 mars 2018) ; S. ALEXANDRE, *op. cit.*

148 Proposition de loi complétant 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, visant à la reconnaissance légale des lieux d'usage supervisés pour usagers de drogues déposée par M. Demeyer et consorts, 16 septembre 2014, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 2014-1, n°259/001.

149 C. GUILLAIN, *op. cit.*

150 A l'heure actuelle, le projet est en discussion devant la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société, et ce depuis le 7 mars 2017.

semble peu probable que le projet soit adopté avant la fin de la législature¹⁵¹.

Niveau régional

Toute autre est la situation au niveau fédéré, où des majorités différentes sont au pouvoir. Dans la partie francophone du pays, il existe une forte volonté politique de mettre en place des SCMR. Le parlement Wallon a récemment adopté une résolution en faveur de l'ouverture de SCMR dans les grandes villes wallonnes¹⁵². Une volonté politique similaire existe dans la majorité en Région Bruxelloise, mais pas en Région Flamande¹⁵³.

Comment s'articulent ces deux niveaux ?

En l'absence de modification de la Loi de 1921, deux possibilités s'offrent aux entités fédérées qui souhaitent ouvrir une salle de consommation. La première consiste à procéder de la même manière que pour le pill-testing : réunir tous les intervenants concernés et obtenir leur accord. Rappelons-nous que plusieurs autres stratégies de R.d.R. se sont développées dans l'illégalité mais avec l'accord des parquets avant d'être légalisées. C'est cette option qu'a choisi le bourgmestre de Liège, W. Demeyer qui annonçait très récemment l'ouverture d'une SCMR à Liège, après avoir soumis le projet au parquet¹⁵⁴. La seconde consiste à ouvrir une SCMR même sans l'accord du parquet. Selon Christine Guillain, tant que tout se passe bien dans la salle, il est improbable que le parquet décide de poursuivre. En effet, dans les régions francophones où la majorité de la population soutient l'ouverture de salles de consommation, des poursuites seraient dommageables à la réputation du parquet¹⁵⁵.

Les conséquences sur le terrain

Bien entendu, l'absence de SCMR ne signifie pas qu'il n'y aurait pas, à Bruxelles, de lieux de consommation collectifs. Les « salles de consommation » actuelles sont pour la plupart des « squats » situés le long du canal où règnent des conditions d'hygiène déplorables¹⁵⁶.

151 C. GUILLAIN, *op. cit.*

152 Résolution relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, adoptée le 24 avril 2018, *Doc.*, Parlement wallon, 2017-2018, n°1070.

153 C. GUILLAIN, *op. Cit.*

154 AGENCE BELGA, « Liège avance vers sa salle de consommation de drogues », 26 février 2018, en ligne <https://www.rtl.be/info/magazine/science-nature/liege-avance-vers-sa-salle-de-consommation-de-droque-999506.aspx> (consulté le 10 mai 2018).

155 C. GUILLAIN, *op. cit.*

156 S. ALEXANDRE, *op. cit.*

L'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI)

Les pratiques visées

Par ERLI, j'entends l'ensemble des pratiques qui visent à éduquer l'utilisateur aux risques liés à l'injection, ou à l'accompagner dans le processus d'injection. Ces pratiques permettent de diminuer les risques de transmission de maladies, et les complications liées au site d'injection¹⁵⁷.

L'ERLI peut prendre la forme de séances d'informations individuelles ou collectives. Mais il peut aussi s'agir d'un exercice pratique dans le cadre duquel un usager pratique effectivement une injection en présence d'un professionnel qui lui donne des conseils. D'autres exercices pratiques peuvent être imaginés, par exemple celui qui consiste à injecter non pas de la drogue, mais du sérum physiologique, en présence d'un professionnel. On peut même imaginer que le professionnel accomplisse lui-même certaines étapes du processus d'injection afin de montrer l'exemple à l'utilisateur.

Le statut légal de l'ERLI

L'infraction d'incitation à la consommation

L'art. 3 en ce qu'il incrimine l'incitation à la consommation me semble s'appliquer à l'ensemble des pratiques d'ERLI. En effet, il faut à mon sens considérer que si le législateur a dû ajouter un paragraphe à l'art. 3 afin d'exclure l'échange de seringues de son champ d'application, alors, par analogie, il devrait également ajouter un paragraphe à l'art. 3 s'il voulait en exclure l'ERLI. Il s'agit en effet dans les deux cas d'une pratique dont la finalité est de permettre à l'utilisateur de s'injecter en courant moins de risques (dans le cas de l'échange de seringues, en évitant l'usage d'une seringue infectée, dans le cas de l'ERLI, en évitant les injections mal réalisées).

Il faut donc considérer que l'ERLI est illégale. Cela signifie concrètement qu'en Belgique, on peut donner une seringue à un usager de drogues, mais on ne peut pas lui montrer comment utiliser correctement cette seringue.

Cependant, selon Christine Guillain, le risque qu'un intervenant pratiquant l'ERLI encoure des poursuites pénales est très faible. Selon elle, il serait très mal vu pour les parquets d'arrêter un professionnel qui aide les usagers de drogues : « Le parquet n'a donc rien de mieux à faire alors qu'il y a des terroristes dehors ? »¹⁵⁸.

157 Par exemple, l'injection dans une articulation plutôt que dans un vaisseau sanguin constitue une complication fréquente liée au site d'injection.

158C. GUILLAIN, entretien mené le 19 décembre 2017, annexe 4.

L'infraction d'homicide involontaire

La question de l'homicide involontaire (C.P. art. 418) peut se poser dans certains cas où l'opération tourne mal. Je pense au cas où un professionnel accompagne (en lui donnant des instructions) un usager qui s'injecte de l'héroïne, puis fait une overdose suite à l'injection. On peut également penser aux cas où l'usager s'injecte un produit frelaté entraînant son décès. A mon sens, dans la plupart des cas, l'examen des circonstances de l'espèce devrait amener à la conclusion que la prévention d'homicide involontaire ne s'applique pas. En effet, pour qu'il y ait homicide involontaire, il faut démontrer l'existence d'un lien de cause à effet entre l'action du professionnel et le décès de l'usager. Or, à mon sens, le décès de l'usager ne serait pas lié à l'intervention du professionnel, mais bien aux caractéristiques du produit qu'il s'injecte. L'action du professionnel n'aura pas causé le décès, bien au contraire, l'ERLI a pour impact de limiter les chances que l'injection résulte dans le décès de l'usager.

Tout autre est le cas où un usager est si mal en point qu'il ne parvient pas à effectuer l'injection lui-même. Un tel usager peut continuer de tenter, en vain, d'effectuer l'injection, en se blessant dans le processus. Un professionnel pourrait alors décider de réduire les risques en injectant lui-même l'usager, afin que celui-ci cesse de se blesser¹⁵⁹. Dans un tel cas, si l'injection entraîne le décès de l'usager, je pense que la prévention d'homicide involontaire peut trouver à s'appliquer. En effet, c'est le professionnel lui-même qui a accompli l'injection ayant entraîné la mort, et s'il ne l'avait pas accomplie, elle n'aurait pas eu lieu.

Les conséquences sur le terrain

Officiellement, l'ERLI n'existe pas en Belgique. Les professionnels semblent presque tous penser qu'ils encourraient de sérieux risques de poursuites pénales s'ils pratiquaient l'ERLI. En réalité, l'ERLI se pratique en secret. Certains professionnels ont accepté d'en témoigner mais toujours sous le couvert de l'anonymat¹⁶⁰. De leur témoignage, on retiendra avant tout la grande incertitude qu'entraîne l'absence de cadre légal : les professionnels ont des opinions divergentes à propos des limites de la légalité et ont le sentiment de courir des risques qu'ils ne mesurent pas. On peut distinguer plusieurs positionnements différents en réactions à cette incertitude :

- Certains intervenants refusent de pratiquer l'ERLI par crainte des sanctions. Il souhaitent que le secteur de la toxicomanie consacre son énergie à sensibiliser le monde politique à la nécessité de pratiquer l'ERLI afin d'obtenir sa légalisation. Ils ont parfois le sentiment que le

159 On dépasse ici le cadre de l'ERLI, mais j'évoque néanmoins cette pratique ici, car les intervenants ont eux-mêmes tendance à l'évoquer dans la continuité de considérations à propos de l'ERLI.

160 Entretiens avec divers intervenants du secteur toxicomane, octobre-décembre 2017, annexe 6.

secteur perdrait la confiance du politique en s'engageant dans des pratiques illégales.

- D'autres acceptent certaines pratiques d'ERLI qu'ils perçoivent comme moins risquées que d'autres. Ainsi, un médecin me confie qu'il aide les usagers à accomplir tout le processus d'injection, mais les fait arrêter juste avant l'injection effective de la drogue (au moment où l'aiguille touche le bras). Un autre médecin accompagne les usagers dans le processus d'injection complet, mais en remplaçant la drogue par du sérum physiologique.

A mon sens, ces pratiques tombent sous le coup de l'art. 3 (mais nous avons vu que le risque de poursuite est très faible). Par contre, comme elles ne peuvent résulter dans le décès de l'usager, on évite le risque de poursuites pour homicide involontaire.

- D'autres sont d'avis qu'il faut braver le prescrit légal, mais en secret. Ils vont parfois jusqu'à injecter eux-mêmes certains usagers de drogue. Ces pratiques n'ont jamais lieu dans les locaux de l'institution, mais bien dans les squats lorsque les professionnels vont y rencontrer les usagers les plus marginalisés. Ils n'ont jamais été poursuivis car ce qui se passe dans les squats n'a pas de témoins.

On observe donc qu'alors même que le risque de poursuites est faible, les conséquences de l'incrimination sont grandes : les intervenants sont dans l'incertitude, et la plupart modifient leur pratique d'ERLI ou n'en ont aucune.

Partie 4 – L'histoire de la R.d.R. comme révélateur de l'évolution du droit

Chapitre 1 – La R.d.R. comme illustration de l'avènement d'un modèle de légalité duale

Introduction

Dans ce chapitre, je tente de montrer comment le droit de la R.d.R. peut être un révélateur privilégié des bouleversements modernes de l'économie de la légalité. Je mobiliserai la théorie de la légalité duale développée par Jacques Comailles qui me semble être un prisme intéressant pour penser ces bouleversements¹⁶¹. Après avoir donné un bref aperçu des deux faces de la légalité telles que pensées par Jacques Comailles, je montrerai en quoi la prohibition me semble être une expression de la première face, en quoi la R.d.R. me semble être une expression de la seconde, et enfin en quoi ces deux faces sont aujourd'hui en tension au sein du droit de la drogue.

¹⁶¹ J. COMAILLES, *A quoi nous sert le droit ?*, Paris, Gallimard, coll. Folio, 2015.

Le modèle de légalité duale

Une première face du droit correspond à l'idée d'un droit comme méta-raison, comme référence commune au monde tel qu'il doit être. Il correspond à l'idée d'un mode de régulation « top-down », descendant du Souverain vers la société. C'est le droit des palais de justice monumentaux surplombant les quartiers populaires.

La seconde face correspond à une culture juridique constamment marginalisée : celle qui valorise la pensée juridique d'un « droit d'en-bas ». Il s'agit d'un droit immergé dans le social, constitutif de l'effervescence de la société. Il correspond à l'idée d'un mode de régulation « bottom-up », surgissant de la société. On s'intéresse donc au droit du quotidien tel qu'il émerge non seulement des documents ayant un statut légal officiel, mais aussi de l'observation directe des pratiques qui ont lieu en marge, voire contre le droit institutionnalisé.

La prise en compte de la seconde face offre un cadre d'analyse pertinent pour penser les recompositions des territoires du droit¹⁶² : le champ juridique national, lieu d'expression traditionnel d'un droit « top-down » s'appliquant uniformément à tous les citoyens, est de plus en plus imprégné de formes juridiques transnationales et locales. Des relations complexes se tissent entre le droit du Souverain, et d'autres ordres juridiques dont certains sont locaux, directement connectés au social. C'est l'avènement d'une économie de la légalité pluraliste, polycentrique.

Selon Jacques Comailles, la seconde face du modèle prend une importance croissante. Il me semble que c'est également l'opinion de Catherine Colliot-Thélène qui écrit : « Nous observons le passage d'un régime de légitimité légale rationnelle inspirée de l'idée d'un ordre juridique axiologique à l'établissement d'une nouvelle légalité fonctionnelle en référence à un régime de construction d'une légitimité au caractère aléatoire et contingent »¹⁶³.

La prohibition : une expression de la première face du modèle

La prohibition est on ne peut plus caractéristique d'un droit de type « top-down ». Je rappelle que le législateur a adopté la loi de 1921 non pas dans le but de répondre à une quelconque demande de la société, mais afin de se conformer au droit international. C'est un exemple paradigmatique d'un droit transcendantal, venu d'en-haut et flottant au-dessus de la société.

Plus encore, la prohibition semble constitutive de l'ordre politique. En effet, le rapport est fait entre l'abstinence et l'ordre politique en ce que l'abstinente est la figure du citoyen. F. Caballero peut ainsi

162 Pour un cadre d'analyse spatio-temporel des transformations du droit, voyez : M. VALVERDE, *Chronotopes of law : jurisdiction, scale and governance*, Toronto, Routledge, 2015.

163 C. COLLIOT-THELENE, *Le désenchantement de l'état : de Hegel à Max Weber*, Paris, Editions de Minuit, 1999, p.18.

écrire en 1989 : « L'abstinent ne boit pas, ne fume pas, ne prise pas, ne se pique pas...Il est un exemple de sagesse (...). Il est parfaitement intégré dans la société. Il ne cause aucune gêne à autrui. Il n'expose pas sa santé ni celle de ses proches en habitudes néfastes. Il ne coûte rien aux organismes sociaux. Il respecte les lois prohibitives conformes à son éthique. Bref, il est un citoyen modèle »¹⁶⁴. L'abstinence est au fondement de l'ordre politique, alors que la consommation entraîne inévitablement la déliquescence de ce même ordre : criminalité, désinsertion sociale, perte des valeurs morales, etc.

La prohibition est un exemple parlant d'une légalité mythifiée où s'impose le modèle d'un citoyen modèle abstinent, en apesanteur par rapport aux réalités multiples de la société. L'illustration de ce décalage entre fantasme d'un collectif de citoyens abstinentes (ou au moins en quête d'abstinence), et réalité de terrain, se trouve dans l'ensemble des usagers de drogue que le système prohibitionniste laissait pour compte (cf. Part. 1, chap. 2). La priorité n'était pas de supprimer ce décalage, mais bien de préserver la fonction symbolique de la loi : c'est ce qu'on observe au cours des années 1980 où la R.d.R. reste prohibée malgré l'évidente existence d'une catégorie de la population à qui les thérapies orientées vers l'abstinence ne conviennent pas. On est dans une conception classique du droit qui tient son autorité de sa permanence. L'adage « la perpétuité est dans le voeu des lois » n'est pas mieux illustré que par la prohibition, prévu dans une loi qui dans trois ans fêtera son centenaire.

La R.d.R. : une expression de la seconde face du modèle

Le droit de la R.d.R. est né des pratiques des individus, selon un processus dans lequel les sujets de droit se sont faits acteurs du droit.

L'exemple le plus frappant en est probablement celui de la Conférence de Consensus. Souvenons-nous que suite aux arrêts méthadone du Conseil d'Etat, les médecins ont développé leurs pratiques de prescription en-dehors de tout encadrement légal. C'est alors qu'ils ont pu développer une expérience de ces traitements, et déterminer dans quelles conditions ces prescriptions se passaient le mieux (encadrement psycho-social du patient, formation du médecin, etc.). Des « bonnes pratiques » ont progressivement émergé. Ensuite, sur l'invitation du ministre, les acteurs de terrain se sont réunis lors de la Conférence de Consensus afin d'y présenter ces « bonnes pratiques ». Le jury de la Conférence a ensuite synthétisé ces « bonnes pratiques » dans ses conclusions, qui ont reçu l'aval du Ministre de la santé. Dix ans plus tard, le législateur a entrepris de légaliser le texte de la Conférence de Consensus. La loi de 2002 légalisant les traitements de substitution et ses arrêtés d'application sont donc, dans une large mesure, la traduction légale de règles qui sont nées dans le

164 F. CABALLERO, *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989, p.92.

social. En outre, cette loi n'est intervenue que quinze ans après le début de ces pratiques. Il ne s'agissait pas de créer, grâce à l'outil légal, un changement de société venu d'en-haut. Il s'agissait au contraire de venir consacrer un changement qui s'était produit depuis longtemps, et qui n'avait pas eu besoin de la loi pour se mettre en place. La loi est venue s'aligner sur une forme de normativité immergée dans le social qui lui préexistait. On ne saurait trouver un exemple plus frappant de régulation de type « bottom-up ». Si on songe à d'autres exemples comme l'échange de seringues, on s'apercevra également que la pratique précède un droit qui ne vient que la consacrer.

Dans d'autres cas, la mise en place de la R.d.R. crée une normativité autre que celle du droit. Prenons l'exemple du pill-testing : un ensemble d'accords passés entre une multitude d'intervenants dessine le cadre normatif de cette pratique. Sous certaines conditions elle sera tolérée à certaines endroits, sous d'autres conditions elle sera tolérée à d'autres. Il s'agit d'un subtil mélange de tolérance des parquets, de positionnements d'organisateur de festivals sur la question de la drogue, de volontés de bourgmestres, d'initiatives d'acteurs de terrain, etc. Cette normativité nouvelle vient concurrencer la normativité légale, puisqu'en droit le pill-testing est illégal.

C'est ici qu'on peut également parler de recomposition des territoires normatifs. La régulation du pill-testing est locale et peu liée aux frontières administratives belges. Ainsi, on peut imaginer que les organisateurs de deux festivals se situant sur le même territoire administratif acceptent le pill-testing à des conditions différentes. Le résultat est qu'alors que toutes les lois pénales qui pourraient concerner le pill-testing sont applicables à l'ensemble du territoire belge, une constellation de situations normatives différentes a émergé de la pratique. Une situation similaire semble être en train de se mettre en place en ce qui concerne les SCMR. Le processus de négociation dans lequel le bourgmestre Demeyer est engagé devrait avoir pour effet de faire émerger une normativité nouvelle selon laquelle les SCMR sont non seulement tolérées, mais soutenues par tous les acteurs concernés, sur le territoire de la ville de Liège.

Prohibition et R.d.R. : deux faces du modèles de légalité duale qui restent en tension

S'il est vrai que la seconde face du modèle prend une importance croissante, on aurait tort de considérer qu'on se trouve dans un processus de remplacement de la première par la seconde face. Toutes deux continuent d'exister en tension. Dans cette section, je tente d'aborder quelques aspects de la relation complexe entre R.d.R. et prohibition.

La R.d.R. et la prohibition sont antagonistes

A première vue, la R.d.R. semble devoir ébranler les fondements de la prohibition. Elle repose en effet sur une logique fondamentalement contradictoire avec celle de la prohibition. Son objectif n'est pas une société sans drogue, mais une société où on peut se droguer en courant le moins de risques possible. Le développement de la R.d.R. est lié à l'acceptation par un plus grand nombre de citoyens de l'idée que les usagers de drogue sont libres de ne pas se conformer au prescrit prohibitionniste. On constate un léger recul corollaire de la norme pénale puisqu'un nombre croissant de pratiques de R.d.R. sont exclues de l'application de la loi de 1921.

En outre, une partie des organisations qui pratiquent la R.d.R. estiment que comme la prohibition augmente les risques, la militance contre la prohibition fait partie intégrante de la R.d.R. Elles mènent donc des campagnes anti-prohibitionnistes¹⁶⁵. On trouve ici la figure typique de la société civile venant concurrencer le droit d'en-haut.

En sens inverse, la prohibition semble être l'obstacle majeur au développement de la R.d.R. Les intervenants buttent sans cesse contre la loi de 1921. Songeons aux poursuites intentées contre le Dr. Baudour, à la précarité du pill-testing ou à la difficulté de mettre en place des salles de consommation. On trouve ici la figure typique du droit d'en-haut défendant à tout prix son monopole sur la normativité face à une concurrence venue du social.

La R.d.R. et la prohibition se dynamisent mutuellement

Dans le même temps, la R.d.R. peut être décrite comme un facteur de dynamisation de la prohibition¹⁶⁶, surtout en ce qu'elle est partiellement récupérée par le sécuritaire. Expliquons ce point par un raisonnement en plusieurs étapes :

Quelle est l'origine des risques encourus par les usagers de drogues en Belgique ? Nous pouvons en distinguer deux catégories¹⁶⁷ : les risques primaires, dus aux propriétés intrinsèques des drogues, et les risques secondaires, dus à la criminalisation des drogues. Parmi les risques primaires, il faut compter tous ceux qui sont directement liés à la prise de psychotropes: overdose, malnutrition, maladies infectieuses, etc. Parmi les risques secondaires, il faut compter tous ceux qui sont liés à la prohibition : « songeons à la qualité de la substance qui n'est soumise à aucun contrôle puisqu'elle est l'objet d'un marché illicite, aux conditions d'hygiène et de vie dans laquelle s'opère la consommation (...), au prix élevé des drogues qui favorise l'insertion d'une partie des toxicomanes

165 C. VAN HUYCK, *op. Cit.*

166 Je me base ici sur le remarquable ouvrage de Nicolas Carrier: N. CARRIER, *La politique de la stupéfaction*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2008.

167 L. HULSMAN et H. VAN RANSBEEK, « Evaluation critique de la politique des drogues », *Déviance et Société*, vol. 7, n°3, 1983, p. 271-280.

dans un milieu criminel »¹⁶⁸. L'ensemble de ces conditions de vie déplorables entraîne une exclusion et une stigmatisation des usagers de drogues qui a notamment pour effet de réduire leur accès aux soins de santé et aux services sociaux¹⁶⁹.

Il est important de réaliser que les risques secondaires sont bien plus importants que les risques primaires : « les effets néfastes des lois sur les drogues et spécialement les effets de la prohibition à l'endroit des stupéfiants, dépassent largement les méfaits des substances elles-mêmes »¹⁷⁰.

C'est pourquoi il faut bien comprendre la locution « réduction des risques ». Les « risques » qu'on réduit sont les risques liés à la consommation de drogues *dans un système prohibitionniste*. Dans une large mesure, la réduction des risques réduit les risques liés à la prohibition¹⁷¹.

Or, en réduisant les dommages causés par la prohibition, la R.d.R. l'aide à se maintenir. Elle permet d'éviter toute crise majeure qui entraînerait une remise en question de la prohibition. Grâce à la R.d.R., la prohibition ne cause plus de problèmes socio-sanitaires ou sécuritaires importants. L'échange de seringues permet de limiter la propagation de maladies infectieuses, la prescription de méthadone a pour effet de limiter la délinquance d'approvisionnement, le pill-testing évite aux festivaliers d'être confronté au spectacle désagréable de consommateurs festifs faisant des overdoses, etc. Les consommateurs de drogues sont devenus une population bien « managée ». Ils troublent peu l'ordre public. Ils meurent discrètement et en nombre trop réduit pour faire la une des journaux. Dans ces conditions, la prohibition ne dérange pas.

En outre, la R.d.R. permet à la prohibition de masquer son existence. On entend ainsi dire qu'« on n'est plus dans la prohibition, on est dans la 'troisième voie' »¹⁷². Les consommateurs auront bientôt une salle de consommation, assurément cela prouve que la Belgique ne connaît plus un régime de prohibition stricte. Et d'ailleurs, puisqu'on leur donne les seringues et bientôt les lieux de consommation, que veulent-ils de plus ? Pourquoi les drogués continuent-ils de remettre en question la prohibition alors qu'ils reçoivent toute l'aide dont ils pourraient avoir besoin ? »¹⁷³. Or, on aperçoit immédiatement le caractère fallacieux de cette argumentation. La légalisation de la R.d.R. n'a pas pour effet supprimer les dommages humains liés à la prohibition. Elle est sans effet sur le caractère frelaté des produits, et sur leur vente à des prix astronomiques qui forcent les usagers de drogues à se livrer, pour pouvoir acheter leur produit, à de petits trafics qui les font régulièrement

168 A. BARATTA, « Une politique rationnelle des drogues ? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel », *Déviance et Société*, vol. 18, n°3, 1994, p. 165.

169 *Ibid.*

170 M.-A. BERTRAND, « Débats : la politique des drogues : permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues », *Déviance et Société*, vol. 10, n°2, 1986, p.187.

171 S. ALEXANDRE, *op. Cit.*

172 S. ALEXANDRE, *op. cit.*

173 C. VAN HUYK, *op. cit.*

incarcérer.

Un état qui soutient à la fois la prohibition et la R.d.R. implémente donc un système circulaire, en ce sens qu'il met en place des services pour pallier aux dégâts qu'il engendre par sa propre action. Ce système lui permet de maintenir, et même de renforcer, un action qui serait sinon à ce point dommageable que la société la remettrait en question.

On comprend donc qu'en réalité, un système prohibitionniste a intérêt au développement de la R.d.R. Nous avons vu au cours de ce travail que le monde politique avait souvent soutenu la R.d.R. pour des raisons sécuritaires. Songeons par exemple à la fondation et au financement du centre Transit : le but en était de soulager les policiers épuisés d'arrêter des toxicomanes dont ils ne savaient que faire. C'est bien dans le but de régler un dysfonctionnement de la prohibition, l'épuisement des policiers, que le politique a soutenu la création de Transit. Selon moi, on peut donc affirmer que la volonté politique de maintenir une prohibition sans accroche est donc à la source de développements majeurs de la réduction des risques.

Pour toutes ces raisons, on peut affirmer que la R.d.R. et la prohibition se dynamisent mutuellement.

Conclusion

Le droit de la drogue est caractéristique du passage de notre société à une inter-normativité complexe. Je pense que cette inter-normativité peut être conceptualisée de façon parlante selon la théorie de Jacques Comailles qui nous permet de penser deux faces d'un modèle légal dual en tension. Les deux faces du modèle sont bien en tension dans le droit de la drogue puisque la R.d.R. et la prohibition sont à la fois fondamentalement incompatibles et fondamentalement complémentaires.

Bien sûr, comme toute conceptualisation, celle que j'ai proposé ne peut rendre compte que d'une partie de la complexité de la situation.

Chapitre 2 – La R.d.R. comme illustration de la contractualisation du droit et de l'avènement d'un nouveau sujet de ce droit contractuel

Dans ce chapitre, je tente d'abord de montrer en quoi la R.d.R. est une illustration de la contractualisation du droit, et ensuite de décrire la structure de la subjectivation qui s'opère dans ce nouveau droit contractualisé.

La contractualisation du droit concerne de nombreux domaines. Elle se traduit par le recul des

règles impératives, et par l'importance croissante de de la figure du consentement¹⁷⁴. Prenons l'exemple du champ pénal : on y observe la multiplication des procédures nécessitant l'assentiment, voire même la collaboration, du sujet (transaction, médiation pénale, peine de travail, libération conditionnelle, etc).

Dans le champ de la santé, cette évolution se traduit par le passage à ce que le sociologue Henri Bergeron nomme la « nouvelle santé publique ». Il s'agit d'un mode de management de la santé des populations par l'adhésion des individus aux normes de santé déterminées par le pouvoir. Je montrerai que l'adoption la R.d.R. comme mode de management de la toxicomanie est symptomatique de cette évolution.

Je discuterai ensuite quelques caractéristiques du sujet du droit contractualisé : rationalité, a-socialité, performance et allégeance. On verra que ce sujet est bien celui de notre système qui allie R.d.R. et prohibition.

L'apparition de la « nouvelle santé publique »

Dans le domaine de la santé, la contractualisation de la société a donné naissance à ce que nous appellerons la « nouvelle santé publique ». Pour cette section, je me base sur les théories des sociologues Patrick Peretti-Wattel et Henri Bergeron pour dégager quelques caractéristiques de cette forme moderne des politiques de santé¹⁷⁵.

La santé publique traditionnelle

Les politiques de santé publique traditionnelles étaient basées d'une part sur un discours de type paternaliste et moralisateur, et d'autre part sur la logique de l'obligation de se conformer aux directives de santé publique. Ainsi, dans le cas des drogues, la politique de santé reposait d'une part sur un discours selon lequel la consommation de drogue était immorale, et d'autre part sur l'obligation de se s'abstenir d'en consommer, ou, si on avait le malheur d'être déjà tombé dans le vice, de suivre une cure de désintoxication.

Par ailleurs, les politiques de prévention et d'éducation à la santé, c'est-à-dire les politiques visant à persuader les citoyens de modifier leurs comportements à risque, ne constituaient qu'un instrument parmi d'autres dans l'éventail des outils de santé publique. L'Etat-Providence en pleine expansion mettait en oeuvre de multiples autres stratégies afin d'assurer la santé de ses citoyens : réduction des

174 A. SUPIOT, « la contractualisation de la société », in Y. MICHAUD, *Qu'est-ce que l'humain ?*, Paris, Odile Jacob, coll. Université de tous les savoirs, vol. 2, 2000, p. 157-167.

175 Cette section est basée principalement sur : H. BERGERON, « Nouvelle santé publique et individualisation », *Cahiers de Prospective Jeunesse : drogues, santé, prévention*, 2011, p. 10-17 et P. PERETTI-WATTEL, « La mise en risques du monde », *Cahiers de Prospective Jeunesse : drogues, santé, prévention*, p. 2-6.

inégalités socio-économiques face à l'accès aux soins de santé, imposition de normes environnementales aux industries polluantes, etc.

La nouvelle santé publique

La « nouvelle santé publique », qui prend son essor à partir des années 1990, est entièrement centrée sur la transformation des comportements individuels. On travaille sur les facteurs de risques liés au comportement de chaque personne, c'est-à-dire sur les style de vie, et cette stratégie occupe toute la place dans l'éventail des politiques possibles. L'idée est que l'agrégation de tous ces comportements « sains » individuels devrait résulter dans le bien collectif qu'est la santé publique. Par contre, on ne s'intéresse plus à la contribution, pourtant importante, des inégalités sociales aux inégalités face aux risques de santé. La nouvelle santé publique postule des individus tous également capables de transformer leurs comportements, c'est-à-dire qu'elle ne se préoccupe pas du milieu dans lequel sont insérés les individus. Cette approche consistant à faire porter aux individus la responsabilité de la santé publique va de pair avec le recul de l'Etat-Providence. L'état n'a plus les moyens (ou ne se donne plus les moyens) de s'attaquer aux inégalités sociales, et adopte donc des politiques qui en oublient l'existence.

Par ailleurs, la nouvelle santé publique ne peut plus s'appuyer sur une philosophie paternaliste et obligatoire. A l'heure où la liberté individuelle est perçue comme une valeur fondamentale, il s'agit de jouer sur l'autonomie individuelle et d'amener l'individu à transformer librement son comportement. On déploie donc des outils issus du marketing afin de travailler sur les représentations collectives, sur les attitudes, sur les croyances. On lance des campagnes de prévention attractives qui font progressivement adhérer la population aux normes de santé publique. On cherche à susciter le plaisir des transformations individuelles, vivre sainement devient une mode. L'agrégation de ces comportements individuels librement adoptés a pour résultat que la population se conforme globalement aux normes de santé publique définies par ses gouvernants : limitation de la transmission des maladies, rejet des comportements risqués en matière sexuelle, suivi régulier par des professionnels de la santé, etc.

Cette approche est similaire à ce que Foucault appelait les « technologies de soi »¹⁷⁶. Ces technologies mobilisent l'autonomie des individus pour les amener à consentir à se rendre hétéronomes, c'est-à-dire agissant en fonction de normes de santé publiques déterminées par d'autres. Le pouvoir disciplinaire s'exerce de manière de plus en plus diffuse : son emprise sur la population ne se fait plus tant par l'imposition que sur un mode participatif. L'individu devient ainsi

176 M. FOUCAULT, *L'herméneutique du sujet : cours au Collège de France 1981-1982*, Paris, Gallimard, 2001, p. 32 et s.

le principe de son assujettissement.

Exemple illustratif

Afin de clarifier le propos, abordons brièvement l'exemple de l'obésité. Il est avéré que l'obésité, et en particulier l'obésité infantile, est liée avant tout à la situation économique défavorable du ménage¹⁷⁷. En effet, manger « sain » nécessite une dépense en moyenne plus importante, en argent et en temps, que manger « malsain ». Selon la logique de la santé publique traditionnelle, la réaction de l'Etat au problème de l'obésité consisterait non seulement à sensibiliser la population à l'importance de manger « sain », mais aussi à s'attaquer aux inégalités sociales et à imposer des normes de qualité plus élevées aux géants de l'agro-alimentaire. Selon la logique de la nouvelle santé publique, la réaction de l'Etat est centrée principalement sur des campagnes de sensibilisation ainsi que sur une panoplie de techniques visant à aider les individus à modifier leur comportement. A titre d'exemple, on peut insérer des chips rouges à intervalle régulier entre des chips classiques conditionnés dans des tubes cartonnés afin de sensibiliser les individus à la quantité de chips qu'ils consomment et obtenir ainsi qu'ils modifient leurs comportements alimentaires¹⁷⁸. Dans une telle approche, les gens acceptent de bon coeur de porter l'entière responsabilité de ne pas devenir obèse.

La politique de réduction des risques comme élément de la nouvelle santé publique

La R.d.R. s'inscrit d'une certaine façon dans le mouvement de la nouvelle santé publique¹⁷⁹. En effet, elle considère les usagers de drogue non pas comme des malades ou des délinquants, mais comme des individus autonomes et responsables. En ce qu'elle est fondée sur ce postulat d'autonomie, la R.d.R. est une politique qui peut sembler ambiguë. D'un côté, la désinfantilisation des usagers représente un progrès considérable. Il est assurément plus compatible avec la dignité humaine de reconnaître aux usagers une capacité d'auto-détermination, de les considérer comme des êtres dignes de confiance et capables de prendre leur santé en main. La R.d.R. a ainsi permis des avancées importantes en matière de bien-être et de dignité des usagers de drogues. Mais d'un autre côté, la R.d.R. tend à consacrer une notion néo-libérale de l'individu comme responsable et atomisé. Cet individu est pensé comme sans lien à son environnement social, et égal à tous les autres du point de vue de sa capacité à réduire les risques qu'il prend.

177 B. HOULE, « How obesity relates to socioeconomic status », 3 décembre 2013, disponible en ligne : <https://www.prb.org/obesity-socioeconomic-status/> (consulté le 9 mai 2018).

178 A. GEIER, B. WANSINK, P. ROZIN, « Red potato chips: Segmentation cues can substantially decrease food intake », *Health Psychology*, 2012, p. 398-401.

179 Cette section constitue une réflexion personnelle basée sur les éléments présentés dans l'ensemble de ce mémoire et sur H. BERGERON, « Nouvelle santé publique et individualisation », *op. cit.*, p. 10-17.

Or ceux qui prennent des risques en matière de drogues sont souvent ceux qui vivent dans les situations les plus précaires. Songeons par exemple aux femmes qui, coincées dans une relation de domination avec un compagnon violent, sont contraintes de réutiliser la seringue de leur compagnon. Pour permettre à ces femmes un meilleur accès à la santé, il ne suffit pas de faire de l'échange de seringues. Il faut également mettre en place des politiques qui visent à la réduction des inégalités sociales, et à la déconstruction des rapports de genre dominant-dominé.

L'avènement d'un nouveau sujet de droit

Quel sujet se dessine en creux de ce que nous avons exposé ci-dessus ? Afin de répondre à la question, je me base un article¹⁸⁰ où Dan Kaminski discute la contractualisation du droit pénal (multiplication des procédures nécessitant l'assentiment ou la collaboration du sujet), et trace les contours du sujet qui s'en dégage désormais. Je pense que les conclusions de Dan Kaminski offrent un excellent cadre pour penser le sujet qui se dégage de la nouvelle santé publique. En effet, la contractualisation du droit me semble avoir eu dans ces différents domaines un impact similaire sur la figure du sujet. Kaminski distingue quatre caractéristiques de ce nouveau sujet du droit contractualisé : rationalité, a-socialité, performance, et allégeance. J'aborde dans les paragraphes suivants la manière dont ces caractéristiques peuvent s'appliquer au sujet d'un système qui allie R.d.R. et prohibition.

Un agent rationnel

Selon Dan Kaminski, le droit pénal moderne fait confiance à la rationalité des personnes¹⁸¹. Il croit dans leur capacité à déterminer leurs objectifs, et à faire usage de leurs moyens d'une manière logique afin d'atteindre ces objectifs. Il croit encore dans leur capacité à faire tout cela tout en tenant compte des intérêts légitimes d'autrui. C'est bien là le présupposé de la R.d.R. en tant que stratégie de santé publique. A titre d'exemple, la R.d.R. part du principe qu'une fois l'utilisateur de drogues correctement informé des risques liés au partage de seringues, il calculera rationnellement qu'il a intérêt à se présenter périodiquement à un comptoir afin d'obtenir des seringues de rechange. L'utilisateur tient aussi rationnellement compte des intérêts légitimes d'autrui puisqu'il ramène les seringues usagées au comptoir plutôt que de les laisser traîner dans les parcs.

Un être a-social

Selon Kaminski, « le processus auquel participe le consentement contribue à la reformulation et au

180 D. KAMINSKI, « Un nouveau sujet de droit pénal ? », in T. MOREAU et F. DIGNEFFE (dir.), *Responsabilité et responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p.45-64.

181 D. KAMINSKI, *op. cit.*, p. 57.

traitement corrélatif des problèmes sociaux en problèmes individuels que le sujet accepte de prendre en charge (...) Mais, plus les ressources du justiciable sont faibles, moins il est capable de porter la responsabilité de ce qu'on lui confie comme un privilège. L'échec de la mesure consentie, présentée comme un régime de confiance, justifie alors pleinement l'application de la mesure coercitive. »¹⁸². C'est bien ce qu'on observe dans le droit de la drogue contemporain : le problème collectif que constitue le fait que notre société marginalise des individus au point qu'ils ne peuvent plus vivre sans drogue, est reformulé en problème individuel de consommation de tel ou tel individu. Cet individu accepte de se prendre en charge, il devient acteur de sa propre santé. C'est à lui de gérer le problème de sa consommation de drogue de manière créative en acceptant différentes offres de R.d.R. Or, en réalité, plus l'utilisateur de drogues est marginalisé, moins il est capable de se prendre en charge : il a plus de difficulté à se rendre dans les lieux où se pratique la R.d.R., il est plus tenté de revendre sa méthadone afin de s'acheter de la drogue, il est moins capable d'apprendre les techniques d'injection les moins risquées, il est plus susceptible de se trouver impliqué dans le milieu des petits trafics, etc. Il est donc peu à même de porter la responsabilité de consommer sa drogue de manière propre, responsable, et non-délinquante, qu'on lui confie comme un privilège. L'échec de la transformation en « bon toxicomane » justifie alors pleinement l'application de mesures coercitives prohibitionnistes : quelqu'un qui se livre à de petits trafics afin de financer sa consommation, alors-même qu'il pourrait se faire prescrire de la méthadone proprement et sans déranger, mérite bien une sanction pénale.

Un artiste de la motivation et de la performance

Pour Kaminski, la contractualisation du droit pénal représente un changement de logique « de la logique du devoir à celle de l'aspiration, de l'idéal d'obéissance à celui d'efficacité, de l'énoncé restrictif des obligations minimales à la prescription indéfinie d'obligations de rendement maximal »¹⁸³. Les mêmes mécanismes sont à l'œuvre dans certaines politiques de R.d.R. L'utilisateur de drogues est invité à être toujours plus renseigné sur les risques, toujours plus autonome, toujours plus responsable dans sa consommation. Il peut même être invité à sensibiliser les autres utilisateurs de drogues à la R.d.R. ou à participer à des collectifs d'utilisateurs. Bref, il est invité à faire toujours mieux usage des dispositifs de R.d.R. afin d'atteindre un niveau toujours plus élevé d'émancipation en tant que consommateur.

182 D. KAMINSKI, *op. cit.*, p. 57.

183 *Ibid.* p. 58, citant : J.-G. BELLÉY, « Une philosophie de l'aspiration juridique : l'art de bien se contraindre », *Archives de philosophie du droit*, 2000, t. XXXIV, p.329.

Un sujet lige

Selon Dan Kaminski, la figure dominante de la société contractuelle est l'allégeance¹⁸⁴. Quelle différence entre l'obéissance et l'allégeance ? Dans un régime basé sur l'obéissance, la rébellion est possible. On entend par là que la possibilité d'adopter une pensée rebelle existe : un usager de drogue condamné pénalement peut ainsi considérer qu'il a été condamné injustement par un juge haïssable. Dans un régime basé sur l'allégeance par contre, une telle rébellion n'est pas possible puisque le sujet est contraint par sa propre parole. En outre, « le consentement inscrit le sujet dans une sphère d'amour et de dette : fidélité et dévouement sont attendus, exigences plus fortes que celles de l'obéissance qui peut sensiblement rester formelle, sans engagement affectif »¹⁸⁵.

Telle est la situation du consommateur qui ne peut pas se révolter contre des dispositifs de R.d.R. qui sont mis en place pour son bien et ne lui imposent rien.

Or en réalité, dans notre système encore largement prohibitionniste, il n'est pas évident que l'usager dispose de la liberté de ne pas avoir recours du tout à la R.d.R. S'il adopte des pratiques de consommation trop dangereuses qui ont pour effet de l'exclure de la société, il se trouve rapidement confronté à diverses formes de répression (répression des petits trafics de drogue et de la délinquance d'approvisionnement, mais aussi de la mendicité, du « squattage », etc.). La société tolère peu l'existence de marginaux troublant l'ordre ou la santé publique. Afin d'éviter de faire l'objet de répression, l'usager de drogue est donc en partie contraint de rester un « bon toxicomane » en ayant recours aux offres de R.d.R. C'est bien la situation de l'homme lige dont le statut flotte entre la liberté et la servitude, et qui ne peut se révolter contre cette situation.

Conclusion

A travers le cas de la R.d.R., nous avons pu étudier l'évolution du droit vers un droit contractuel, et l'apparition corrélative d'un nouveau sujet de droit. Je pense que la conceptualisation développée par Dan Kaminski à propos de ce nouveau sujet de droit dans le cadre du droit pénal nous a permis de penser de façon éclairante la façon dont ce nouveau sujet de droit se présente dans le cadre du droit de la drogue contemporain. Je tiens à souligner que, bien entendu, les acteurs de la R.d.R. n'adhèrent pas individuellement à cette vision du sujet (de la même façon qu'on imagine que la plupart des acteurs du droit pénal n'entretiennent pas individuellement la vision du sujet de droit pénal dégagée par Dan Kaminski) : nous sommes ici dans des considérations de type systémique, non pas dans une étude des représentations individuelles.

184 D. KAMINSKI, *op. cit.*, p. 59.

185 D. KAMINSKI, *op. cit.*, p. 60.

Conclusion

Nous voici au terme de notre étude du droit de la R.d.R. Après avoir défini la R.d.R. et présenté la méthodologie de recherche, j'ai avons brièvement parcouru les enjeux de la prohibition. On a vu qu'elle reposait sur une logique de maximisation des risques *a priori* incompatibles avec la Réduction des Risques. J'ai ensuite montré comment la R.d.R. a pu progressivement se développer, et sur quels point elle continue de rencontrer des obstacles. Enfin, la réflexion a été étendue à ce que la R.d.R. reflète des changements contemporains du droit.

J'avais entamé ce travail en qualifiant le développement du droit de la Réduction des Risques au sein de la prohibition de « paradoxal ». Au terme de cette étude, on peut conclure que le paradoxe est moins grand qu'il n'y paraissait à première vue. J'ai en effet montré, dans la quatrième partie, que le développement de la R.d.R. est très cohérent avec l'évolution contemporaine du droit. Une inter-normativité certaine ainsi que le recul des règles impératives s'observent dans tous les domaines du droit, il eût été étonnant que le droit de la drogue y échappe. Le droit de la R.d.R. est un des nombreux exemples qui illustrent l'évolution de nos sociétés vers la plurinormativité.

Bibliographie

Législation et documents préparatoires

Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, *M.B.*, 6 Mars 1921.

A.R. du 6 juin 1960 relatif à la fabrication, à la préparation et à la distribution en gros des médicaments et à leur dispensation, *M.B.*, 22 juin 1960.

Interpellation de M. DE GRAUW, *Compte-rendu analytique*, Sénat, session 1969-1970, séance du 15 avril 1970, p. 442.

Loi du 9 juillet 1975 modifiant la Loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques, *M.B.*, 26 septembre 1975.

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

Rapport fait au nom de la commission d'enquête chargée d'examiner la lutte contre le banditisme et le terrorisme, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 1989-1990, n°59/8, p. 382.

Déclaration gouvernementale lue par le Premier ministre Martens à la Chambre et au Sénat le 5 juin 1990, dite « Plan de Pentecôte ».

Déclaration gouvernementale lue par le Premier ministre Jean-Luc Dehaene à la Chambre et Au Sénat le 9 mars 1992.

Réponse de M. PICQUE, Ministre-Président, à l'interpellation de Mme Payfa, conseillère régionale, relative « aux initiatives prises par l'exécutif pour lutter contre la toxicomanie », septembre 1993.

Etat de la question du centre d'hébergement en urgence pour toxicomanes, Document de la Commission des Affaires intérieures chargée des pouvoirs locaux et des compétences d'Agglomération du Conseil de la région de Bruxelles-Capitale, séance du 21 décembre 1993.

Note de politique général du gouvernement fédéral sur la problématique de la toxicomanie du 28 septembre 1994.

« Programme d'action toxicomanie-drogue » adopté par le Conseil des ministres le 3 février 1995.

NOUWYNCK (L.), *Exposé du Conseiller général à la politique criminelle devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue*, Bruxelles, Ministère de la Justice – Service de la politique criminelle, 1996, p. 3-6.

Exposé de Mme LEQUARRE devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2 , 6 mai 1996, p. 415.

Exposé de M. BUNTINX devant le groupe de travail de la Chambre des représentants chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2 , 6 mai 1996, p. 480.

Exposé de M. DE VLEESCHOUWER devant le groupe de travail parlementaire chargé d'étudier la problématique de la drogue, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 1996-1997, n°1062/2, 6 mai 1996, p. 652.

Projet de loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, Session 1995-1996, n°536/1, 18 avril 1998, p. 1.

Loi modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiants, désinfectantes ou antiseptiques et l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, *M.B.*, 23 décembre 1998.

La voie vers le XXIe siècle, Accord de gouvernement du 8 juillet 1999 ; Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999.

Déclaration gouvernementale du 14 juillet 1999.

Note de politique générale du ministère de la Justice pour l'année budgétaire 2000, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 1999-2000, 50-198/13, p. 52.

MINISTERE DE LA JUSTICE, *Plan fédéral de sécurité et de politique pénitentiaire*, Point 6.8. Nuisances liées à la drogue et à la sécurité, Bruxelles, janvier 2000, p. 145-163.

Rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société par M. HONDEMARCO, *Doc. Parl.*, Chambre des Représentants, 28 juin 2002, n°1749/003, p. 7-13.

Loi du 19 mars 2002 visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution et modifiant la loi de 1921 concernant le trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes et antiseptiques, *M.B.*, 1 octobre 2002.

A.R. du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution, *M.B.*, 30 avril 2004 modifié par l'A.R. du 6 octobre 2006.

Décret relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française du 4 avril 2014, *M.B.*, 25 juin 2014.

Proposition de loi complétant 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, visant à la reconnaissance légale des lieux d'usage supervisés pour usagers de drogues déposée par M. Demeyer et consorts, 16 septembre 2014, *Doc. Parl.*, Chambre des représentants, Session 2014-1, n°259/001.

Résolution relative à la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie dans les grandes villes wallonnes, adoptée le 24 avril 2018, *Doc.*, Parlement wallon, 2017-2018, n°1070.

Jurisprudence

Corr. Bruxelles (22^e chambre), 2 mars 1984, *Journ. Proc.*, 1984, pp. 28-32.

C.E. (3^e chambre), 29 janvier 1993, n° 41.825, Picard.

C.E. (4^e chambre), 9 juin 1993, n° 43.258, Picard et Reisinger.

C.E. (3^e chambre), 23 décembre 1993, n° 45.471, Picard et Reisinger.

Monographies et articles

BARATTA (A.), « Une politique rationnelle des drogues ? Dimensions sociologiques du prohibitionnisme actuel », *Déviance et Société*, vol. 18, n°3, 1994.

BAUDOUR (J.), *L'amour condamné : esquisse d'une psychothérapie des toxicomanes*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1987.

BELLY (J.-G.), « Une philosophie de l'aspiration juridique : l'art de bien se contraindre », *Archives de philosophie du droit*, 2000, t. XXXXIV, p.329 et s.

BERGERON (H.), « Nouvelle santé publique et individualisation », *Cahiers de Prospective Jeunesse : drogues, santé, prévention*, 2011, p. 10-17.

BERTRAND (M.-A.), « Débats : la politique des drogues : permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues », *Déviance et Société*, vol. 10, n°2, 1986, p.187

et s.

BLOCH (C.), *Informations et réflexions sur les drogues*, Bruxelles, Presses Universitaires de Bruxelles, 1970.

CABALLERO (F.), *Droit de la drogue*, Paris, Dalloz, 1989.

CARRIER (N.), *La politique de la stupéfaction*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2008.

CARTUYVELS (Y.), MARY (P.), Le Plan fédéral de sécurité, *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2001, n°1727-1728, p. 63 et s.

CASSIERS (L.), ORENBUCH (J.), *Résumé des travaux établi à l'attention de Monsieur Robert Urbain, Ministre de la Santé et de l'Enseignement de la Communauté Française de Belgique*, Bruxelles, novembre 1983.

COLLIOT-THELENE (C.), *Le désenchantement de l'état : de Hegel à Max Weber*, Paris, Editions de Minuit, 1999.

COMAILLES (J.) , *A quoi nous sert le droit ?*, Paris, Gallimard, Coll. Folio, 2015.

DE PAUW (W.), *Le traitement pénal des affaires de drogue à Bruxelles en 1993 et 1994*, Bruxelles, Iris, Cahiers BRES, n°31.

DECOURRIERE (A.), *Le toxicomane : criminel et malade ?*, Bruxelles : Decourrière, Bruxelles, 1986.

DECOURRIERE (A.), *Les drogues dans l'Union Européenne. Le Droit en question*, Bruxelles, Bruylant, 1996.

FOUCAULT(M.), *L'herméneutique du sujet : cours au Collège de France 1981-1982*, Paris, Gallimard, 2001.

GEIER (A.), WANSINK(B.), ROZIN (P.), « Red potato chips: Segmentation cues can substantially decrease food intake », *Health Psychology*, 2012, p. 398-401.

GUILLAIN (C.), « Les facteurs de criminalisation et les résistances à la décriminalisation de l'usage de drogues en Belgique. Du contrôle international aux préoccupations sécuritaires » , *Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 2009/2, vol. 36, p. 119-132.

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

HOULE (B.), « How obesity relates to socioeconomic status », 3 décembre 2013, disponible en

ligne : <https://www.prb.org/obesity-socioeconomic-status/> (consulté le 9 mai 2018).

HULSMAN (L.) et VAN RANSBEEK (H.), « Evaluation critique de la politique des drogues », *Déviance et Société*, vol. 7, n°3, 1983, p. 271-280.

JACQUES (J.-P.), « Maximiser les risques? », *Cahiers de prospective jeunesse*, vol. 8, n° 2, 2003, p. 17-22.

JEANMART (C.), « Les pratiques de substitution des médecins généralistes face aux politiques publiques », *Drogues, santé et société*, vol. 8, p. 233-265.

KAMINSKI (D.), « Approche globale et intégrée : de l'usage politique des drogues », in DE RUYVER (B.), VERMEULEN (G.), DE LEENHEER (A.) (éds.), *Approches sécuritaire et socio-sanitaire : complémentaires ou contradictoire ?*, Actes du troisième congrès national 'Gestion des drogues en 2000', Antwerpen/Bruxelles, Maklu/Bruylant, 1996, p. 237 et s.

KAMINSKI (D.), « Un nouveau sujet de droit pénal ? », in T. MOREAU et F. DIGNEFFE (dir.), *Responsabilité et responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, 2006, p.45-64.

LEFEBURE (R.), « Sensationnalisme ou objectivité de la presse écrite dans les domaines liés aux toxicomanies », *la Revue Socialisme*, juillet 1984, p. 133-136.

MARTIN (M.), « Toxicomanie : le danger de l'irrationalité », *La Revue Socialisme*, Juillet 1984, p. 119 et s.

PERETTI-WATTEL (P.), « La mise en risques du monde », *Cahiers de Prospective Jeunesse : drogues, santé, prévention*, p. 2-6.

QUIRION (B.), « Réduction des méfaits et gestion des risques: les frontières normatives entre les différents registres de régulation des la pratique psychotrope », *Déviance et Société*, 2002, vol. 26, n° 4, pp. 479-496.

REISINGER (M.), *Arrêter l'héroïne*, Editions Complexe, Bruxelles, 1990.

STOTTS (L.), DODRILL (C.) et KOSTEN (T.), « Opioid dependence treatment: options in pharmacotherapy ». *Expert Opin Pharmacother*, 2009, p.1727–1740.

SUPIOT (A.), « la contractualisation de la société », in Y. MICHAUD, *Qu'est-ce que l'humain ?*, Paris, Odile Jacob, coll. Université de tous les savoirs, vol. 2, 2000, p. 157-167.

VALVERDE (M.), *Chronotopes of law : jurisdiction, scale and governance*, Toronto, Routledge, 2015.

X., Conclusions du jury de la Conférence de Consensus à propos des traitements de substitution

organisée le 8 octobre 1994.

Documents émis par les institutions médicales et pharmaceutiques

Avis adressé le 11 septembre 1979 par le Dr. OLIEVENSTEIN à la Commission médicale du Brabant (disponible au Fil d'Ariane, Bruxelles).

Circulaire du 2 février 1982 de la Commission Médicale d'expression française de la province du Brabant à propos de la méthadone et de la toxicomanie.

Circulaire du 27 décembre 1982 du conseil du Brabant de l'Ordre des médecins.

Lettre du 26 avril 1983, adressée par la Commission médicale provinciale du Brabant au parquet de Bruxelles, l'avisant que des toxicomanes s'injectent, après les avoir dissous, des comprimés prescrits (disponible au Fil d'Ariane, Bruxelles)

Compte-rendu de la réunion du 30 octobre 1986 de la Commission de la Drogue de l'Ordre des médecins.

Compte-rendu de la réunion du 8 septembre 1988 de la Commission de la Drogue de l'Ordre des médecins.

Lettre de Initiative Déontologique Médicale adressée aux confrères, 23 décembre 1991.

Avis du 17 octobre 1992 du Conseil national des médecins, intitulé « Dépendances vis-à-vis des drogues dures : principes déontologiques ».

Toxicomanie. Le consommateur de la drogue et le pharmacien, Association Pharmaceutique Belge, 1995, T.I., p. 158.

Articles et conférences de presse

AGENCE BELGA, « Liège avance vers sa salle de consommation de drogues », 26 février 2018, en ligne <https://www.rtl.be/info/magazine/science-nature/liege-avance-vers-sa-salle-de-consommation-de-drogue-999506.aspx> (consulté le 10 mai 2018).

CODITO ABSL, conférence de presse, 29 Avril 1987, Bruxelles.

DRION (B.), « Méthadone en débat : un risque de dérive ? », *Le Généraliste*, 5 octobre 1994, p. 4.

EINHORN (M.), « IDM repart au combat », *Le Journal du Médecin*, 23 février 1996, p. 3.

EINHORN (M.), « Dure, la drogue », *Le Généraliste*, 4 décembre 1991, p. 5.

ESCOYEZ (P.), « Un acte médical pleinement légitime », *Le Journal du Médecin*, 18 octobre 1994, p. 14.

FEDITO, « Bruxelles: la réduction des risques en matière de drogues (enfin) reconnue », en ligne <https://feditobxl.be/fr/2016/07/bruxelles-reduction-risques-matiere-de-drogues-enfin-reconnue/> (consulté le 10 mai 2018).

HANON (F.), « Consensus ou non consensus méthadone », *Le Généraliste*, 9 novembre 1994, p. 7.

KERSTENNE (R.), « On va pouvoir prescrire de la méthadone », *Le Soir*, 2 décembre 1995, p. 6.

KIRSZBAUM (V.), « Rien ne remplace une loi », *Le Journal du Médecin*, 25 octobre 1994, p. 10.

KIRSZBAUM (V.), « Traitements de substitution : le PRL veut rassurer les inquiets », *Journal du Médecin*, 23 mars 1993, n° 698, p. 3.

LAFONTAINE (J.-B.), « Méthadone : la loi suffit », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p. 11.

MEYERE (A.), « La méthadone est efficace », *Le Journal du Médecin*, 14 octobre 1994, p. 5.

MONIQUET (C.), « Méthadone : le nouveau débat », *Le Journal du Médecin*, 22 mars 1996, p. 21.

REISINGER (M.), « Faut-il encadrer la méthadone ? », *Le Soir*, 27 décembre 1995, p. 8.

REISINGER (M.), « Quid du modèle hollandais ? », *Journal du Médecin*, Avril 1990, p. 12.

ROUSSAUX (J.-P.), présentation du 9 mars 1994 lors du Jour du R.A.T, Bruxelles.

V. (J. P.), « Levée de boucliers », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p. 10.

V. (J.P.), « En arrière toutes ! », *Le Généraliste*, 6 décembre 1995, p.4.

VANKEERBERGHEN (J.-P.), « Alto-SSMG en appelle à Dehaene », *Le Généraliste*, 20 décembre 1995, p. 6.

VASSARI (C.), « Toxicomanie : la moralité des soins », *Le Vif/L'express*, 28 décembre 1990, p. 13.

X., « Drogues : offensive contre une circulaire », *La Libre Belgique*, 18 décembre 1990, p. 6.

X., « Toxicomanies : Qu'est-ce qui fait courir les Belges ? », *La Gazette Parallèle*, Mars 1983, p. 22.

Sites webs

MODUS VIVENDI, « La Réduction des Risques », disponible en ligne <http://modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique6> (consulté le 30 avril 2018).

MODUS VIVENDI, « Accueil Modus Fiesta », disponible en ligne: <http://modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique21> (consulté le 22 mai 2018).

PLATE-FORME RDR, Salles de Consommation, décembre 2012, en ligne <https://reductiondesrisques.be/dispositifs/salles-de-consommation/> (consulté le 20 mars 2018)

PLATTE-FORME RDR, *Appel à soutenir l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en Belgique*, 26 mars 2013, pétition en ligne: <https://reductiondesrisques.be/appel-scrm-belgique/> (consulté le 20 mars 2018).

Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique www.uclouvain.be/drt



