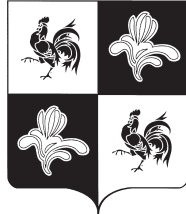


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



8 mars 2019

SESSION ORDINAIRE 2018-2019

PROPOSITION DE DÉCRET

**modifiant le « Décret relatif à l'offre de services ambulatoires
dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé »
afin d'autoriser la création de salles de consommation à moindre risque**

déposée par

M. Julien UYTENDAELE, M. André du BUS de WARNAFFE et M. Fabian MAINGAIN

1. DÉVELOPPEMENTS

1. Développements

Cette proposition de décret s'inspire de l'esprit des stratégies européennes qui reposent « en tout premier lieu sur les principes fondamentaux du droit en vigueur dans l'UE et confirme à tous égards les valeurs fondatrices de l'Union : respect de la dignité humaine, liberté, démocratie, égalité, solidarité, primauté du droit et droits de l'homme. Elle vise à protéger et à améliorer le bien-être de la société et des personnes, à protéger la santé publique, à offrir un niveau élevé de sécurité à la population et à aborder le phénomène de la drogue selon une approche équilibrée et intégrée reposant sur des données factuelles » (1).

Ledit Conseil recommande ainsi explicitement la réduction des risques comme priorité en matière de consommation de drogues (2), de la même façon que l'OMS soutient une politique effective en matière de réduction des risques (3). Il en est de même pour l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) qui recommande une politique de réduction des risques similaire (4). À Bruxelles, la Politique Drogues et le Plan Drogues pour Bruxelles (juin 2015), émanant de la Fédération bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO BXL), proposent aussi des actions allant dans le même sens (5).

À cet égard et partant de ces engagements, les salles de consommation à moindre risque (désormais ci-après « SCMR ») constituent un des maillons

essentiels dans une action adaptée en matière de prévention et de réduction des risques pour les usagers problématiques de drogues. On peut les définir comme « des centres dans lesquels les usagers de drogues confirmés sont autorisés à consommer leurs drogues dans de bonnes conditions d'hygiène, sous la surveillance d'un personnel qualifié et sans la crainte de l'arrestation » (6).

Or le rapport européen mentionné plus haut indique que ces dispositifs répondent aux objectifs poursuivis en matière de toxicomanies (7) d'autant que, dans les faits, on peut considérer que la mise à disposition d'une SCMR n'incite pas, en soi, à la consommation de drogues, mais qu'elle permet singulièrement aux usagers de disposer d'un local sanitaire encadré, avec des procédures spécifiques dont la finalité de la mise en place vise à réduire les conséquences négatives, tant individuelles que collectives, de l'usage de drogues.

Car, en effet, il importe d'être réaliste et de reconnaître que le marché de la drogue demeure plus que résistant; il est protéiforme et il a toujours tendance à se complexifier, à s'amplifier, voire à se renouveler et se transformer, via des stratégies financières diffuses et souvent occultes.

Bien entendu, la répression du trafic des drogues illégales doit toujours rester une priorité absolue; mais il n'en reste pas moins qu'une politique intégrale et pragmatique de lutte contre la toxicomanie ne peut faire l'impasse de ces quatre piliers majeurs et fondateurs : la prévention, l'assistance, la réduction des risques et la répression.

Aussi, depuis plus de 25 ans, pour répondre à ces phénomènes en constante mutation, des SCMR ont été installées dans de nombreux pays. L'étude « Drugroom » de Belspo résume bien la situation des salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) en Europe et la position de la communauté scientifique : « De tels services de Réduction des Risques sont opérationnels depuis 1986. En 2017, l'Europe compte environ 90 SMCR officielles dans

(1) Conseil de l'UE, Stratégie Antidrogue de l'UE (2013-2020), disponible sur http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/customs/customs_controls/drugs_precursors/drug_precursors/drug_strategy_2013_2020_fr.pdf.

(2) *Idem*.

(3) *World Health Organization, UNODC, UNOIDS, Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, HIV/AIDS Programme, 2012*, disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf. Voy. également, *WHO, Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection, march 2015*, pp. 96 et suivantes, disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154590/1/9789241549059_eng.pdf?ua=1&ua=1.

(4) *OEDT, Best practice, Harm reduction, Harm Reduction, Opioid injectors*, disponible sur <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors> (dernière visite : 10 juin 2016).

(5) Voir « Plan Drogues 2016-2019 : Réduction des risques », FEDITO BXL asbl/Politique Drogues & Plan Drogues en Région de Bruxelles-Capitale, juin 2015, disponible sur <http://feditobxl.be/fr/ressources/memorandums-politiques/politique-drogues-et-plan-drogues-2016-2019/plan-drogues/reduction-des-risques/> (dernière visite : 10 juin 2016).

(6) « Les Salles de Consommation à Moindre Risque, de quoi parle-t-on ? », disponible sur <http://www.salledaconsommation.fr/salles-de-consommation.html> [dernière visite : 15 juin 2018]; voy. également D. HEDRICH, *European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre and Drug Addiction* (ed), 2004.

(7) Voir ici H. DAGMAR, *European report on drug consumption rooms*, OEDT, février 2004, pp. 84-85.

huit pays: au Danemark, en Norvège, en Espagne, en Suisse, et dans les quatre pays voisins de la Belgique: en France, en Allemagne, au Luxembourg et aux Pays-Bas. »⁽⁸⁾.

Elles ont vite démontré toute leur pertinence à plus d'un titre, tant sur le plan de la réduction des risques que sur celui de la protection des personnes et de la prophylaxie des usagers.

Les nombreuses évaluations positives des dispositifs existants montrent les effets réels des SCMR, tant pour les utilisateurs de drogues que pour la population.

On peut affirmer que les SCMR sont indubitablement des portes d'entrée importantes et utiles vers les services de soins et vers les services sociaux les plus adéquats et les plus appropriés aux usagers des drogues. À quoi s'ajoute qu'il y a là un moyen pertinent de préserver et d'améliorer l'ordre public, en réduisant la présence de déchets liés à l'injection, sans pour autant avoir augmenté la criminalité parfois associée à l'usage de drogues et aux lieux divers où celui-ci se pratique. On y revient plus loin.

De même, eu égard cette fois à la situation spécifique de la Belgique, il importe de prendre la mesure de la réalité du phénomène, notamment dans les grandes villes telles qu'Anvers, Charleroi, Bruxelles, Gand ou Liège, notamment via les résultats de l'étude mentionnée plus haut du 6 février 2018 sur la faisabilité de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en Belgique, par Belspo⁽⁹⁾.

En ce sens, on le perçoit bien, l'usager contemporain est devenu un poly-consommateur, hélas potentiellement graduel, ce qui le rend évidemment plus vulnérable. À quoi se greffe souvent l'état de fait d'une situation socio-économiquement défavorable de nombreux profils de consommateurs, des mécanismes rapides de précarisation et de vulnérabilité qui deviennent redoutables et peuvent être démultipliés à l'envi, débouchant sur des situations de grande détresse sociale (certains migrants, certains réfugiés ou certains sans-abris), au gré du phénomène bien connu de « sherwoodisation ».

Dès lors, l'installation de SCMR s'avère comme indispensable en réponse proportionnée au développement d'une politique de promotion de la santé pour

les usagers de drogues et d'une mise en place d'un dispositif de réduction des risques, accompagné des nécessaires pédagogies afférentes.

Pour se limiter à un seul exemple, on rappellera que la consommation de drogue est responsable de 85 % des hépatites C. Or le traitement contre l'hépatite C coûte environ 70.000 euros. Aussi, avec le coût d'un seul traitement, les autorités publiques pourraient financer plus de 35.000 packs d'injection stérile. Par conséquent, l'installation de SCMR offre un rapport coût-efficacité très avantageux, tout en diminuant les causes de mortalité et en limitant les risques d'infections liés à la consommation précaire ou mal maîtrisée de drogues.

Les SCMR permettent pareillement une meilleure offre socio-sanitaire et thérapeutique pour les consommateurs, notamment quand ils sont désaffiliés ou désocialisés envers les structures d'aide et d'accompagnement. On pense ici aux réinsertions administratives, aux traitements de substitution, aux sevrages, aux dépistages, etc.

En ce sens, on entend ainsi participer à la reconstruction du lien social, en sorte de parvenir à une amélioration de l'état de santé physique et psychique des consommateurs, en demeurant vigilant à leur intégration sociale et à leur réinsertion professionnelle. Ce dispositif offre aussi un suivi psycho-médico-social, en ambulatoire, en sorte de venir en aide d'appoint aux traitements en résidentiel.

Bien sûr, fondamentalement parlant, il est évident que l'action thérapeutique cherche ultimement à viser l'abstinence sur le long terme. Par conséquent, en mettant en place ce type d'accompagnement psychologique, médical et social, il est plus qu'évident que les autres volets de la lutte contre la toxicomanie ne sont pas négligés. Et, en ce sens, il est tout aussi patent que la première prévention primaire vise bien à éviter la première consommation, comme secondairement il s'agit bien d'empêcher le passage d'une consommation à faible risque à une consommation problématique ou addictive.

Du point de vue sanitaire, on peut encore avancer qu'il y a, dans le processus, la volonté de réduire les nombreux risques engendrés par la consommation de drogues (réduction du nombre d'overdoses mortelles, des contaminations à l'hépatite C, VIH et toutes les autres infections transmissibles par le sang, ainsi que les blessures occasionnées par le développement d'abcès et d'infections engendrées par la consommation précaire de drogues). L'objectif est réel en matière de résultats relatifs à l'exposition aux risques des maladies infectieuses, ainsi qu'aux overdoses mortelles.

(8) « *Feasibility study on drug consumption rooms in Belgium A study commissioned by the Belgian Science Policy Office (BELSPO)* » by Freya Vander Laenen Pablo Nicaise Tom Decorte Jessica De Maeyer Brice De Ruyver Pierre Smith Laurens van Puyenbroeck Louis Favril. Voir ainsi le rapport en Open access sur <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:194734>

(9) *Idem*.

Pour toutes ces raisons, on comprend que les SCMR soient vivement souhaitées par le secteur, en sorte de quitter un modèle devenu incomplet et parfois plus basé sur la répression que la prévention et la réduction des risques. Il en est de même, quant aux attentes de réponses concrètes, pour les milieux de l'aide socio-médicale, mais aussi ceux de la police et du parquet, eux aussi demandeurs d'un dispositif positif et constructif, surtout au regard des difficultés rencontrées dans la gestion de la prise de drogue dans l'espace public, notamment en termes de dangerosité des produits usités et évidemment quant à la visibilité, parfois tragique, des scènes de rue et de leurs effets immédiats sur le sentiment d'insécurité et la tranquillité publique.

Dès lors, les SCMR peuvent exister comme une structure propre indépendante ou comme une structure offrant d'autres services (programmes d'échange de seringues, prévention et traitement des assuétudes, hébergement d'urgence ou à court et moyen terme, etc.) ⁽¹⁰⁾.

On comprend alors pourquoi cette diminution escomptée des nuisances visibles liées à la consommation de drogues dans les espaces publics n'est d'ailleurs pas sans effet sur la réduction du développement d'une criminalité spécifique dans le périmètre des zones de consommation précaire de drogues.

Bien entendu, ce dispositif des SCMR présente encore de nombreux avantages, tant sur le plan socio-sanitaire qu'économique, si l'on prend, cette fois, en compte les impacts sur les finances publiques, en matière de sécurité et de salubrité publiques ⁽¹¹⁾.

Ainsi, s'il est avéré qu'il n'y a aucune preuve crédible que les SCMR encourageraient l'augmentation de l'usage de drogues ou inciteraient de nouvelles expérimentations, il n'est pas non plus constaté que les SCMR organisées en concertation avec les autorités publiques et les services de police augmenteraient les troubles à l'ordre public, via l'accroissement de scènes de consommation de drogues ou par un trafic de drogues accru aux abords des dites salles.

Car si la capacité d'accueil est suffisante, si les salles couvrent des zones géographiquement pertinentes, si elles fonctionnent selon des plages horaires suffisamment larges, si les consultations des riverains et la collaboration avec les services de police sont effectives, il est alors démontré que les SCMR permettent de réduire, de façon pragmatique, les

scènes ouvertes de consommation et les nuisances publiques afférentes.

Tous ces développements montrent, de façon nuancée et documentée, combien la SCMR est un moyen efficace, juste et proportionné, au regard de la gravité individuelle et collective des actes posés, pour rentrer en contact avec les usagers et les orienter progressivement vers les structures d'aide et d'encadrement prévues à cet effet.

Avec ces installations, il est assuré que les toxicomanes bénéficieront de la présence et du suivi de professionnels compétents. Comme il est aussi acquis qu'elles permettront une consommation supervisée, régulée et accompagnée, en visant ou en facilitant les traitements de substitution, des dépistages de maladies infectieuses et, plus largement, des consultations sanitaires et des entretiens sociaux.

Il est donc patent que l'installation de SCMR entre dans les objectifs de promotion de la santé et de santé préventive, en ce que de tels dispositifs permettront de réduire sensiblement les risques liés à la consommation de drogues et offriront aux usagers des parcours d'accompagnement et d'assistance socio-sanitaires.

Cet ensemble de pratiques permettra ainsi de réduire les risques, de travailler à l'acquisition d'un état de santé stable et d'une préservation du tissu social. Et, outre la diminution des coûts sociaux de la lutte contre les usages de la drogue, le procédé permettra également d'accroître la sécurité publique.

En guise de récapitulatif, on mentionnera ces huit objectifs relevant de la recherche de dispositifs forts, en matière de réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie via le processus de la SCMR :

1. atteindre la population cible des consommateurs d'héroïne et de cocaïne à hauts risques;
2. procurer un environnement sain, sécurisé, médicalisé et surveillé par du personnel compétent;
3. réduire la morbidité et la mortalité;
4. stabiliser et améliorer l'état de santé physique et mentale par une permanence médicale généraliste et pluri-disciplinaire;
5. réduire l'usage des drogues dans l'espace public et les diverses nuisances associées;
6. prévenir la criminalité dans et aux abords des lieux de consommation, via une inscription et une identification des usagers, ceux-ci étant soumis à un

⁽¹⁰⁾ Voir sur ce point « Centres d'injection supervisés » in Réduction des risques infections chez les usagers de drogues. Expertise collective, Inserm, Paris, 2010, p. 210.

⁽¹¹⁾ « Les Salles de Consommation à Moindre Risque, de quoi parle-t-on ? », op. cit.

règlement d'ordre intérieur et des procédures de suivi;

7. réduire les problèmes multiples liés aux dépendances et aux assuétudes;
8. travailler au déploiement de solutions curatives à la toxicomanie, en vue d'une abstinence si possible.

2. Dispositif propre à la Commission communautaire française

La présente proposition vise à modifier le décret du 5 mars 2009 « relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé », afin de consacrer la possibilité de mettre en place, sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, des SCMR.

En effet, la Commission communautaire française est compétente en matière de promotion de la santé, conformément aux articles 128 et 138 de la Constitution et l'article 5 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 (ci-après « LSRI »).

La loi fédérale 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 dispose, en son article 3, § 2, que « seront punis des peines prévues à l'article 2bis et selon les distinctions qui y sont faites, ceux qui auront facilité à autrui l'usage à titre onéreux ou à titre gratuit des substances spécifiées à l'article 2bis, § 1^{er}, soit en procurant à cet effet un local, soit par tout autre moyen, ou qui auront incité à cet usage ».

Or une telle disposition n'interdit pas pour autant à la Commission communautaire française de mettre en place des SCMR sur son territoire. En effet, en se basant sur les « Développements » précédents, il n'est tout d'abord pas démontré que la mise à disposition d'un local, dans le cadre de l'installation d'une SCMR, facilite, en tant que tel, l'usage de substances psychotropes.

Ainsi, les SCMR fourniront une structure d'encadrement, elles contribueront à une stabilisation sociale du phénomène addictif, elles permettront un contrôle des produits utilisés, elles déboucheront sur une diminution des overdoses et bien entendu des nuisances publiques.

Par conséquent, la Commission communautaire française est en mesure de mettre en place des SCMR sur son territoire sur base de ses compétences en matière de promotion de la santé, le cas échéant

sous le bénéfice du recours à la théorie des pouvoirs implicites, fondée sur l'article 10 LSRI.

La mise en place de SCMR pourrait être certes considérée comme contraire à l'interdiction érigée à l'article 3, § 2, de la loi fédérale du 24 février 1921. Une telle matière étant en effet réservée à l'autorité fédérale, on pourrait estimer que la Commission communautaire française n'est pas compétente pour modifier l'article précité.

Tout d'abord, la présente initiative se fonde sur la théorie des pouvoirs impliqués telle qu'elle a été mise en œuvre dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle. L'empiètement par le législateur décentralisé dans le champ des compétences fédérales, outre qu'il se fonde sur la mise en œuvre d'une compétence communautaire, respecte le principe de principe de proportionnalité et ne rend pas impossible ou exagérément difficile les compétences de l'autorité fédérale

Subsidiairement, si ce fondement devait être récusé, la présente initiative est justifiée par la mise en œuvre de la théorie des pouvoirs implicites.

En effet, afin de pallier la rigidité des règles de répartition de compétences entre les différentes entités, le législateur spécial a consacré un tempérament au principe de l'exclusivité des compétences. L'article 10 LSRI dispose que « les décrets peuvent porter des dispositions de droit relatives à des matières pour lesquelles les Parlements ne sont pas compétents, dans la mesure où ces dispositions sont nécessaires à l'exercice de leur compétence ».

À ce titre, la Cour constitutionnelle a livré une interprétation propre de l'article précité. Elle relève que l'article 10 crée une compétence accessoire au profit des Entités fédérées ⁽¹²⁾.

Celles-ci peuvent régler les matières réservées par le pouvoir fédéral – que ce soit en vertu d'une reconnaissance expresse de la loi ou en vertu de sa compétence résiduelle – pour autant que deux exigences soient rencontrées. L'article précité ne peut être isolé du système général de répartition des compétences exclusives. Pour être compatible avec celui-ci, l'application de l'article 10 n'est, selon la Cour, admissible qu'à la double condition, que la matière réservée se prête à un règlement différencié et que l'impact sur la

(12) Pour un exposé complet, voy. notamment M. UYTENDAELE, Trente leçons de droit constitutionnel, Bruxelles, Bruylant, 2017, pp. 927 et s. Voy. également CC n° 7 du 20 décembre 1985; CC n° 65 du 30 juin 1988; CC n° 32/92 du 23 avril 1992; CC n° 95/98 du 16 septembre 1998, CC n° 109/2000 du 31 octobre 2000, CC 19/2001 du 14 février 2001, CC n° 83/2002 du 8 mai 2002, CC n° 189/2002 du 19 décembre 2002, CC n° 58/2003 et n° 126/2003 des 14 mai 2003 et du 1^{er} octobre 2003, CC n° 154/2003 du 26 novembre 2003, CC n° 87/2006 du 24 mai 2006 et CC 25/2010 du 17 mars 2010.

matière réservée ne soit que marginal. D'autre part, en vertu de l'article 10 lui-même, l'empiètement doit être nécessaire à l'exercice d'une compétence principale.

En raison et vertu de quoi, l'esprit de la présente proposition se prête à un traitement différencié, dès lors que l'application de la norme envisagée sur le seul territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale est sans conséquence aucune sur l'application de la loi fédérale sur le reste du territoire national.

Enfin, la présente proposition n'aura qu'un impact marginal vu que la loi de 1921 demeurera d'application dans toutes ses dispositions, à l'exception de la mise à disposition de SCMR sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, respectant toute une série de critères et d'exigences prévues par le Collège de la Commission Communautaire Française.

À cet égard, il importe de relever que la disposition en cause ne s'analyse pas comme une cause de justification s'appliquant à une infraction pénale telle que figurant dans la loi précitée de 1921. Bien au contraire, elle vise à faire échapper le dispositif en cause à l'application des dispositions de cette loi, de telle manière que, dans l'exacte limite fixée dans la présente proposition, la création et l'organisation des salles de consommation à moindre risque sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale ne constituent pas des comportements infractionnels. Eu égard au fait que cette dépenalisation ne concerne qu'un dispositif limité territorialement et matériellement, le critère de l'impact marginal est respecté.

La présente proposition de décret s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques poursuivie par la Commission communautaire française et prend place dans un contexte marqué par les dispositions légales, propositions politiques, avis, constats et recommandations d'experts et d'instances nationales et internationales suivantes :

- 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;
- la proposition de loi du 16 septembre 2014 de Monsieur Demeyer et consorts 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 super-

visés pour usagers de drogues et les discussions parlementaires qui s'en sont suivies;

- l'avis favorable rendu en janvier 2016 par l'Académie royale de médecine relatif à la proposition de loi précitée;
- le rapport annuel 2016 de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) établi à Vienne (Autriche) stipulant que les salles de consommation sont conformes aux traités internationaux;
- le rapport de décembre 2016 d'Eurotox concernant les bonnes pratiques en réduction des risques liés à l'usage de drogues;
- les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'ONU et du Conseil de l'Union européenne en matière de réduction des risques liés à l'usage de drogues;
- la création d'une première salle de consommation à moindre risque (SCMR) à Genève dès 1986;
- l'existence et l'évaluation positive en Europe de 90 SCMR, dans 64 villes de 8 pays différents;
- la position unanime du Conseil communal de Liège du 29 janvier 2018, favorable à la création dans les meilleurs délais d'une SCMR;
- l'étude de faisabilité des salles de consommation à moindre risque (SCMR) en Belgique de la Politique scientifique fédérale (Belspo), publiée le 6 février 2018 et présentant 18 recommandations;
- la nécessité impérieuse de la mise en place d'expériences-pilotes de dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie les dispositifs existants en matière de prévention, de répression, de thérapie et de réduction des risques (quatre piliers), tant pour intégrer les toxicomanes concernés dans un trajet médical, social et d'insertion dans la société, que pour lutter contre les scènes de rue et les nuisances qu'elles génèrent;
- le fait que les dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie n'augmentent pas la consommation de drogue mais contribuent à la canaliser;
- le fait que les dispositifs intégrés en réduction des risques liés aux assuétudes et à la toxicomanie doivent être basés sur une concertation avec les différents acteurs impliqués et offrir des garanties de sécurité suffisantes pour les consommateurs, en impliquant les professionnels de la santé formés aux usages de consommateurs de drogues de rue,

mais aussi les riverains, les autorités communales et la police;

- le rôle des pouvoirs publics d'aider les toxicomanes à sortir de leurs assuétudes par des mesures proportionnées, en les accompagnant vers le sevrage;
- le respect du bien-être et du bien-vivre ensemble des citoyens bruxellois,

Le présent décret crée une assise légale permettant l'installation et l'organisation de SCMR sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

PROPOSITION DE DÉCRET

modifiant le « Décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé » afin d'autoriser la création de salles de consommation à moindre risque

Article 1^{er}

Le présent décret règle, en vertu de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

Article 2

À l'article 2, 2°, du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, ci-après dénommé, le décret ambulatorioire, les mots « une salle de consommation à moindre risque » sont ajoutés entre les mots « un service actif en matière de toxicomanies », et les mots « un centre d'action sociale globale ».

Article 3

À l'intitulé du titre de la section II du Chapitre II du décret ambulatorioire, les mots « et les salles de consommation à moindre risque » sont ajoutés après les mots « les services actifs en matière de toxicomanie ».

Article 4

À l'article 7, 4°, b), du décret ambulatorioire, un alinéa est ajouté :

« – la mise en place d'une salle de consommation conformément à l'article 8^{ter}. »

Article 5

Un article 8^{bis}, rédigé comme suit, est ajouté au décret ambulatorioire :

La salle de consommation à moindre risque est un service ambulatorioire qui offre aux personnes consommatrices de drogues un lieu protégé permettant de consommer dans des conditions socio-sanitaires optimales et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire en vue de diminuer les risques pour la santé,

leur entourage et l'environnement et de permettre la réinsertion dans la société.

Article 6

Un article 8^{ter}, rédigé comme suit, est ajouté au décret ambulatorioire :

La salle de consommation à moindre risque exerce les missions suivantes :

1° En ce qui concerne les usagers :

- réduire les risques de surdose létale ou non, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en procurant un environnement respectant des règles d'hygiène fondamentales, en fournissant du matériel stérile et en supervisant la consommation;
- encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses, notamment la VIH et les hépatites, afin de connaître leur statut sérologique;
- améliorer l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires en favorisant leur inscription dans le circuit de soins et les services socio-sanitaires (orientations);
- stabiliser les usagers en leur donnant accès à un suivi social pour favoriser leur réinsertion et restaurer leur dignité;
- constituer une porte d'entrée vers la remise en ordre socio-administrative et l'hébergement;
- créer et maintenir un lien social avec des personnes marginalisées, voire exclues du système de droit commun.

2° En ce qui concerne l'environnement :

- améliorer la tranquillité publique et le cadre de vie pour les riverains;

- réduire les consommations de drogues et les nuisances associées dans l'espace public;
- diminuer la visibilité de l'usage notamment liées aux scènes ouvertes de consommation;
- diminuer la présence de seringues et des déchets associés à la consommation dans l'espace public.

Article 7

Un article 37*bis*, rédigé comme suit, est ajouté au décret ambulatoire :

« Pour être agréé comme service ambulatoire organisant une salle de consommation à moindre risque, le service doit dans son personnel ou par convention :

- 1° disposer d'une équipe pluridisciplinaire minimale composée :
- d'un demi équivalent temps plein remplissant la fonction médicale;
 - d'un demi équivalent temps plein remplissant la fonction psychologique;
 - d'un équivalent temps plein remplissant la fonction sociale;
 - d'un équivalent temps plein infirmier;
 - d'un équivalent temps plein remplissant la fonction d'accueil et/ou administrative.

Toujours pour obtenir cet agrément, le service doit :

- 1° disposer de locaux adaptés en termes de logique de trajectoire de soins, transdisciplinaire et d'accueil inconditionnel offrant des garanties en termes de sécurisation des lieux et des alentours, conformément à l'article 113 du présent décret;
- 2° organiser une collaboration effective avec un ou plusieurs établissements hospitaliers. Le Collège

détermine le contenu de la collaboration avec les établissements hospitaliers;

3° collaborer avec les services ambulatoires et plus spécifiquement les services actifs en matière de toxicomanie. Le Collège détermine les modalités de la collaboration avec les services ambulatoires;

4° disposer d'un règlement d'ordre intérieur. Le Collège fixe le contenu minimum du règlement d'ordre intérieur;

5° disposer d'un contrat à faire signer préalablement par chaque usager de la salle. Le Collège fixe le contenu du contrat;

6° organiser des rencontres périodiques avec le voisinage et disposer d'une ligne téléphonique directe permettant aux riverains de prévenir les responsables de la salle en cas d'événements problématiques. Le Collège détermine les modalités d'organisation des rencontres périodiques et de la ligne téléphonique;

7° disposer d'une convention de collaboration établissant un lien structurel avec la zone de police concernée et le service de prévention de la commune concernée, incluant la signature de protocole et l'organisation de comités de pilotage et d'accompagnement. Le Collège détermine le contenu de la convention de collaboration.

Article 8

Un article 127*bis*, rédigé comme suit, est ajouté au décret ambulatoire : « Le Collège détermine les normes spécifiques et les critères d'octroi de moyens complémentaires à un service ambulatoire organisant une salle de consommation à moindre risque. Il fixe les normes et conditions d'agrément, notamment en fonction des critères minimaux prévus à l'article 37*bis*.

Julien UYTTENDAELE
André du BUS de WARNAFFE
Fabian MAINGAIN

