

Avis de la LBSM concernant le projet de résolution « visant à développer davantage une expertise au sein de la Police intégrée en matière de santé mentale »

Nous remercions le Parlement fédéral d'avoir sollicité la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale (LBSM, également citée infra comme « la Ligue ») pour fournir un avis concernant le projet de résolution déposé le 12 décembre 2024 par M. Chahid et consorts.

Méthodologie

Constatant que dans les institutions invitées à émettre un avis, 2 seulement sont issues du champ de la santé mentale, l'Association flamande de psychiatrie (VVP) et la LBSM, nous avons décidé de contacter une série d'institutions à Bruxelles et en Wallonie, concernées par la question afin de préparer un avis plus large et mieux étayé. Outre la Ligue, ont ainsi contribué à la présente note :

- L'équipe mobile de crise de Saint-Pierre-Brugmann, qui participe au projet pilote EMUT+ mentionné dans l'avis, sur la zone Polbru (Bruxelles, Ixelles),
- L'équipe mobile de crise de Saint-Luc, qui participe aussi au projet pilote EMUT+, sur la zone Bruno (Saint-Josse, Schaerbeek, Evere),
- Le service des urgences psychiatriques de Saint-Luc,
- L'équipe mobile de crise de la région du Centre (Hainaut),
- La coordination thématique Urgence et crise de la LBSM,
- Les services de santé mentale agréés en COCOF et en COCOM,
- Le Centre de Prévention du Suicide (CPS),
- La Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (FEDA).

Nous avons transmis la proposition de résolution, puis organisé une réunion de travail rassemblant les différentes institutions, avant de rédiger un projet de note qui a été relu et amendé par ces mêmes participant-es. Si la note reflète les avis du groupe, certains éléments peuvent être mis en avant par la Ligue, ce qui sera alors précisé.

Le présent document n'est absolument pas exhaustif : d'autres services, non-consultés ou n'ayant pu prendre part aux travaux, auraient assurément des éléments complémentaires utiles à fournir.

Remarques générales

Augmentation des besoins

De manière globale, nous rejoignons les constats posés par la proposition de résolution : les troubles de santé mentale sont en augmentation et tous les services confrontés à des demandes plus aiguës. La précarisation d'un bon nombre de bruxellois-es est un facteur important de déstabilisation mentale : la volatilité accrue des conditions de travail, la perte d'emploi, la pression accrue sur les ménages déjà vulnérables, la perte ou l'insalubrité du logement, l'appartenance à une minorité, le durcissement des mesures à l'encontre des personnes immigrantes, la perte de sens et de perspectives d'avenir, la pression des réseaux sociaux, l'exposition à des sources d'addiction,... toutes ces vulnérabilités (qui peuvent s'accumuler sur certaines épaules) se développent d'autant plus lorsqu'elles touchent des quartiers déjà fragilisés, marqués par les inégalités.



Ces problèmes structurels ne bénéficiant souvent pas suffisamment de réponses adéquates précoces, voire subissant un désengagement politique ou des mesures qui accentuent les discriminations, ils se renforcent, entraînent une dégradation croissante de la santé mentale de la population. Ce qui explique également une plus grande exposition des forces de police à des publics touchés par des troubles et/ou maladies mentales. Le recours à la police ou aux mesures de contrainte (privation de liberté) est en hausse sensible, notamment à Bruxelles¹. Cette intervention policière peut être due de façon proactive à la police elle-même qui, constatant qu'une personne présente un comportement inhabituel et dérangeant, renverrait vers les services de soins ; ou bien à d'autres acteurs (public, entourage, professionnel·les...) qui sont débordés et font appel à la police pour exercer une force de contrainte légitime.

Saturation et pénuries

La saturation est un constat général et rappelé d'année en année : l'augmentation des demandes pour des problèmes de santé mentale s'observe tant du côté des hôpitaux que des soins résidentiels, des équipes mobiles et des services ambulatoires, ce qui renforce la saturation déjà préexistante du réseau de soins². Ces demandes concernent toute la variété des troubles et maladies mentales, avec notamment une augmentation des demandes pour des troubles graves nécessitant une intervention (pédo)psychiatrique.

A cela s'ajoute une autre difficulté : dans les équipes pluridisciplinaires³, la pénurie croissante de certaines professions :

- La densité de psychiatres en activité en Belgique reste inférieure à la moyenne européenne⁴ et l'on constate un vieillissement du cadre, ce qui annonce une pénurie croissante de cette profession. La pénurie est encore plus marquée du côté des pédopsychiatres. Cette pénurie est généralisée, mais avec des intensités plus grandes selon les secteurs. Ainsi, le secteur des SSM ambulatoires a de plus en plus de difficultés à remplir les cadres existants et la LBSM alerte depuis plusieurs années les pouvoirs publics sur cette évolution. La pénurie des médecins psychiatres et pédopsychiatres rend d'autant plus ardue la réponse aux sollicitations en hausse de nombreux acteurs, dont la police, et la capacité à offrir des soins appropriés aux personnes en souffrance.
- Dans les hôpitaux et dans d'autres services, les infirmier·es sont de moins en moins nombreux·ses ;
- De même qu'il devient de plus en plus difficile de trouver des assistant·es sociaux·ales.

¹ A titre d'exemples, le taux global d'hospitalisations sous contrainte est passé, pour la Belgique, de 7,1/10.000 habitants en 2010 à 9,4 en 2021. Il était à 10,2 à Bruxelles en 2021. Le nombre annuel de demandes d'évaluations psychiatriques en urgence à Bruxelles est passé de 1339 en 2015 à 2117 en 2023.

² Ainsi, le taux de réponse positive aux demandes adressées aux services de santé mentale ambulatoires (SSM) à Bruxelles est passé de 1 sur 3 en 2020 à 1 sur 4 en 2023 (LBSM). Trois quarts des demandes réorientées auraient dû être prises en charge dans les SSM car correctement orientées.

³ Dans les SSM, les équipes de base sont constituées de (pédo)psychiatres, psychologues, assistant·es sociaux·ales, secrétaires-accueillant·es ; dans les équipes mobiles ou à l'hôpital, on retrouve des (pédo)psychiatres, psychologues, assistant·es sociaux·ales, infirmier·es, éducateur·rices...

⁴ En 2021, on comptait 1,74 psychiatres pour 10.000 habitants, contre 2,07 sur UE-14 et 1,84 sur UE-24 (Sciensano – KCE).



Les services se trouvent donc face à un double écueil : non seulement l'offre officielle est largement insuffisante⁵ mais elle est en plus fragilisée par une raréfaction de moyens humains spécifiques indispensables. En Wallonie, cette pénurie se juxtapose à la question de la distance : il n'est pas rare que des dizaines de km doivent être parcourues pour atteindre une situation d'urgence ou, à l'inverse, un service de soins adaptés. A Bruxelles, le manque de lits en psychiatrie est ancien et s'est accentué ces dernières années.

Police et santé mentale, des liens anciens et variés

Autre constat général : les interactions entre les services de soins et les forces de polices sont multiples et inscrites dans une histoire longue. Si la proposition de résolution se focalise sur l'expérience de l'équipe mobile EMUT+ déployée à Bruxelles, il est important de ne pas isoler celle-ci d'un cadre plus large d'interactions qui constituent autant d'occasions pour les différentes parties prenantes de travailler la complémentarité des interventions.

Les agent-es des forces de l'ordre, il faut le rappeler, constituent le service public le plus facilement accessible 24/7. Cette disponibilité ainsi que la définition de leurs missions entraînent de phénomènes plus complexes qui jouent sur les relations qu'ils entretiennent avec les populations plus marginalisées⁶. En matière de santé mentale, la police est traversée comme le reste de la société par des représentations diverses sur les troubles et maladies mentales. Elle est davantage exposée aux questions de risque et l'image du « fou dangereux » y circule d'autant plus fortement si elle a été exposée à des faits de violence de la part de personnes dites déséquilibrées⁷.

Ainsi, des équipes soignantes peuvent faire appel à la police pour maîtriser une personne qui « part en vrille », elles peuvent accompagner des patient-es au commissariat pour un dépôt de plainte (notamment dans le cadre de violences intrafamiliales et conjugales), elles peuvent intervenir sur une situation où la police est déjà active, ou travailler avec des publics davantage exposés à des interventions policières (sans-papiers, personnes addictes à des substances, sans-abri, personnes habitant des quartiers dits difficiles...). Les équipes policières concernées ne sont pas seulement les équipes d'intervention, mais également l'accueil au commissariat, les agents de quartier, les services d'assistance aux victimes, les services jeunesse, ...

Or, ces interactions multiples constituent autant de nœuds où se rejouent la compréhension des problèmes de santé mentale et les modalités d'articulation entre police et services de soins. Dès lors, pour répondre aux objectifs d'une meilleure formation de la police aux questions de santé mentale, il convient de prendre aussi en compte ces multiples réalités-là et d'inscrire la question des équipes mobiles dans ce contexte plus large.

Avancées et défis

On constate que certaines zones de police s'ouvrent à ces questions et tentent d'améliorer leur travail face aux situations psychiatriques. Les équipes mobiles de crise sont déjà sollicitées à différents niveaux aujourd'hui.

⁵ Rappelons la résolution votée le 2 juillet 2020 à la Chambre, et visant à promouvoir des soins de santé mentale facilement accessibles durant (et après) la crise du coronavirus. Elle préconise que d'ici 2023, la part du budget des soins de santé dévolue à la santé mentale soit doublée d'ici 2030, passant de 6 à 12%.

⁶ Kyprianides A., Bradford B., [Policing and mental health: A rapid evidence assessment of the patterning of police activity](#), The Police Journal: Theory, Practice and Principles, 2025, Vol. 0(0) 1–22.

⁷ C'est notamment le drame du 10 novembre 2022, quand un homme amené par la police aux urgences psychiatriques de Saint-Luc (Bruxelles), agresse 2 policiers le soir-même et en tue un des deux.



Cependant, si ces collaborations peuvent constituer une base pour de nouvelles avancées, la nouvelle loi sur les mesures d'observation protectrice (qui remplacent les mises en observation) ouvre la porte à une série de changements potentiellement déstabilisants. Les équipes mobiles et les services résidentiels et les services ambulatoires pourraient être sollicités pour le « traitement volontaire sous condition » qui pourrait élargir fortement les publics et toucher des personnes qui jusqu'ici n'étaient pas concernées. Il faudra également mesurer l'impact de la réforme sur les autres acteurs, dont les forces de police.

Choix des termes

Nous attirons l'attention des politiques sur l'importance des termes employés : des troubles du comportement ne sont pas forcément synonymes de troubles psychiques. Internement, hospitalisation, mise en observation, enfermement... ne recouvrent pas non plus les mêmes dispositifs, ni les mêmes réglementations, ni les mêmes acteurs. La clarification des termes est essentielle, surtout dans une problématique où l'on peut vite passer d'une notion de trouble à celle d'infraction. Le recours à la police dans les 2 cas implique que la distinction entre ces notions puisse rester claire. C'est là un gage important, tant en matière de démocratie et d'Etat de droit, qu'en matière de santé publique.

Questions de fond

A la lecture de la proposition de résolution, plusieurs axes de réflexion ont été dégagés.

Equipes mobiles

Les équipes mobiles de soins interviennent là où la situation se déroule : à domicile, en rue, au commissariat, etc. Rappelons qu'il n'est pas dans leur mission de travailler sous contrainte. Il arrive que, sollicitées par la police, elles constatent que la situation ne requiert pas de contrainte, voire ne nécessite aucune intervention. Ce type de situations peut générer des incompréhensions dans le chef des policier-es.

Si une équipe mobile de soins est appelée par la police, elle doit pouvoir poser son propre diagnostic sur la situation, indépendamment des contraintes vécues ou relayées par les policiers. Ceci La question de l'échange d'informations est un autre élément important sur lequel nous reviendrons plus bas.

Il est important ici de pouvoir s'appuyer sur une bonne connaissance mutuelle des cadres respectifs d'intervention qui peuvent conduire à des analyses différenciées, voire contradictoires de certaines situations. Cela doit aider à maintenir une claire répartition des responsabilités entre police et social-santé/psychiatrie. D'où le fait que les équipes mobiles refusent d'intervenir directement en patrouilles, d'accompagner celles-ci, afin d'éviter, dans le chef du public, une confusion des rôles et un possible amalgame entre contrainte et soin. Un tel amalgame peut rendre des soins inopérants. Au contraire, une fois sur place, il importe d'effectuer une présentation limpide du rôle de l'équipe mobile aux patient-es (séparation entre soin et contrôle pour cultiver un lien de confiance).

La présence de la police durant l'intervention des soignant-es varie en fonction de la situation : dans certains cas, les agent-es de police se retirent spontanément, dans d'autres insistent sur l'importance d'être présent-es, dans d'autres hésitent sur la marche à suivre. Dans la plupart des cas, la personne sujette de l'intervention est invitée à faire part de son souhait : elle peut demander de vouloir se retrouver avec l'équipe mobile uniquement ou au contraire de garder la police à ses côtés. Les équipes soignantes peuvent également souhaiter que la police reste présente.



En ce qui concerne le projet bruxellois EMUT+, les premiers retours des policiers des zones PolBru et Bruno sont positifs. La collaboration aide à mieux évaluer le danger et passer le relais si nécessaire.

Autres acteurs de l'aide et du soin

Comme déjà mentionné, les possibilités d'interactions entre le champ du soin et la police sont multiples.

Ainsi, l'accompagnement de personnes suivies en santé mentale ambulatoire auprès de la police peut conduire à plusieurs constats.

La demande de la personne d'être accompagnée peut être liée à un sentiment plus général de crainte ou de vulnérabilité de cette personne face aux institutions, à des appréhensions plus importantes à l'égard de la police, à l'appartenance à une catégorie de la population qui se vit plus exposée à des traitements différenciés de la part de la police. La question du « délit de faciès » est récurrente, de même que celle du genre. En matière de violences conjugales, des situations sont relayées où l'agent-e d'accueil à la police tend à banaliser les faits pour dissuader le dépôt d'une plainte. Il faut parfois l'insistance du-de la professionnel-le qui accompagne pour débloquer la situation et permettre à la personne de voir sa demande prise en compte.

Les échos sont souvent plus positifs en ce qui concerne certaines équipes spécialisées de la police : agent-es de quartier, services d'assistance policière aux victimes (SAPV), services familles-jeunesse au sein de la police. Par leur expérience, leur proximité et/ou leur bagage professionnel (beaucoup de policier-es dans les SAPV ou en familles-jeunesse ont un diplôme en travail social ou en sciences humaines), ces agent-es semblent plus à l'écoute des situations.

Il existe sur certains territoires des espaces de concertation plus ou moins réguliers. Ainsi, Circuit (lieu de lien du SSM Antonin Artaud) ouvre ses réunions de quartier aux acteur-rices de sécurité, dont les policier-es communautaires.

Il arrive également que les services de soins fassent appel à la Justice et/ou à la police pour intervenir dans une situation d'urgence. L'articulation entre équipe soignante, Parquet et police est un élément essentiel pour que l'intervention requise non seulement aboutisse mais qu'elle n'entrave pas la suite des soins à donner, que ce soit par la même équipe de soins ou par une autre (par exemple, un SSM qui sollicite une intervention en vue d'une hospitalisation contrainte)⁸.

Le drame qui s'est déroulé à Fond'Roy le 21 mars 2023 (un patient est tué lors d'une intervention policière au sein de l'hôpital psychiatrique bruxellois) demeure dans les esprits. Sans présupposer des résultats de l'enquête quant à ce drame spécifique, des questions plus larges sont soulevées. Lorsque la police est appelée, est-elle suffisamment outillée, préparée à gérer la situation en question, en tenant compte des lieux dans lesquels elle intervient et des effets à court, moyen et long terme de son intervention ? En Wallonie, certains services psychiatriques ont mis en place une sorte de protocole d'intervention de la police dans leurs locaux. Si le service psychiatrique sollicite le plus rarement possible la police, il est indispensable que cela soit réfléchi à l'avance (rencontres pour définir l'arrivée de la police, accueil par un-e professionnel-le, débriefing de la situation, accès aux locaux dans un espace limité et défini ensemble, question du port d'armes, etc.). Est soulignée l'importance d'une police de proximité, et de se connaître mutuellement pour affiner le travail.

⁸ Un exemple de concertation est celui mis en place depuis plus de 20 ans à la Plateforme bruxelloise pour la santé mentale autour des mises en observation.



Enfin, nous constatons que si la question des drogues et addictions est régulièrement mise en avant par les politiques, le secteur des associations actives sur cette question est souvent ignoré dans les consultations et collaborations envisagées. Or ce secteur a développé une expertise et une connaissance fine des publics concernés, de leurs besoins et difficultés, des substances et de leurs effets. Il veille également, dans les initiatives qu'il met en place, à prendre en compte le rôle et la place des forces de l'ordre. Il est donc essentiel que ce secteur et ses organes de représentation soient davantage impliqués dans les questions d'interactions santé – police.

Secret professionnel et partage d'informations

L'un des enjeux les plus sensibles et les plus essentiels dans les interactions entre police et services de soins est celui du partage d'informations.

Pour rappel, les forces de l'ordre sont soumises à un devoir de réserve et au secret de l'enquête. Les métiers du soin sont soumis au secret professionnel tel que prévu dans le Code Pénal et dans une série de Codes professionnels dont certains sont inscrits dans la loi⁹.

En ce qui concerne le secret professionnel partagé, la jurisprudence en a émis une définition reprenant 5 conditions cumulatives¹⁰. On retrouve ces éléments dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé¹¹. Police et santé ne poursuivant pas les mêmes missions et n'étant pas soumises aux mêmes règles, on ne peut parler de secret professionnel partagé entre ces 2 champs.

Cependant, comment collaborer sans un partage minimum d'informations ? La loi sur la fonction de police prévoit en son art. 44/11/9bis la possibilité de transmettre aux services de santé les informations « suffisantes, pertinentes et strictement nécessaires pour permettre aux membres des services de santé, d'urgence et/ou de secours d'exercer leurs missions dans des conditions de sécurité optimales et pour assurer la sécurité et l'intégrité psychique et physique de toute personne dans l'exercice de ces missions. » Sur le terrain, par exemple, la mise en place des équipes EMUT+ s'est accompagnée d'un accord quant à une transmission d'informations unidirectionnelle, de la police vers les équipes de soins¹².

La réflexion autour du partage d'informations nous paraît nécessaire à mener de façon régulière, car l'expérience montre que ce partage varie d'une situation à l'autre. Il doit être réalisé non seulement au nom d'impératifs de sécurité mais aussi au nom de l'intérêt de la personne, si possible avec son consentement. Bien sûr, nombre de situations qui mobilise la police et les urgences psychiatriques s'accompagnent d'une suspension du discernement de la personne concernée, mais cela n'exonère en rien le devoir pour les intervenant-es de garder cet objectif comme guide de leurs actions.

⁹ A titre d'exemple, les médecins ont le Code de déontologie médicale 2018, les psychologues ont un code fixé par Arrêté Royal en 2018, les assistant-es sociaux-ales se réfèrent à différents textes en fonction de leur secteur d'activités et il existe un code émis par l'UFAS. La question du secret professionnel est sans doute celle qui mobilise le plus de commentaires et de travaux dans les équipes psycho-médico-sociales.

¹⁰ Ces conditions sont : le partage se fait dans l'intérêt de la personne ; la personne est informée et donne son accord ; le partage se fait entre professionnel-les tenu-es au secret professionnel ; les professionnel-les doivent poursuivre les mêmes missions ; le partage se limite aux informations strictement utiles et nécessaires. Ces conditions sont reprises par les Ordres professionnels et par diverses associations comme la Ligue des Droits Humains ou le Comité de Vigilance en Travail Social.

¹¹ Articles 37-39.

¹² La question du partage d'informations est aussi à lier à celle de l'état de nécessité, en cas de péril imminent et grave.



Usages et mésusages de la contrainte

Autre point sensible, les plaintes régulières des services d'aide et de soins face à des interventions inadéquates ou violentes de la part d'agent-es de police. L'usage de certaines techniques coercitives sont jugées inappropriées, démesurées, dont les effets peuvent entraver le soin.

Diverses situations ont été évoquées lors de la préparation de cette note :

- Le plaquage au sol et l'usage de menottes sur une personne en pleine décompensation psychotique,
- L'embarquement, la relâche puis le réembarquement sur 24h d'une même personne,
- Le maintien en cellule sur plusieurs jours d'une personne en difficultés psychologiques qui est envoyée ensuite à l'hôpital avec de multiples fractures,
- Des interactions violentes, physiquement et verbalement, lors d'intervention dans le lieu de vie ou même en rue, avec des personnes présentant des symptômes psychiatriques,
- Le glissement d'une intervention sollicitée pour le soin vers un tout autre type d'intervention, comme l'enfermement d'une personne en vue d'une expulsion du territoire,
- L'affaire Chovanec, du nom de ce voyageur enfermé en février 2018 à l'aéroport de Charleroi, souffrant de troubles importants et décédé après un passage en cellule. L'affaire a été fort médiatisée et a également marqué le corps de police.

Selon les témoignages relayés, ces dérapages semblent davantage fréquents lorsque la personne cumule d'autres vulnérabilités en plus des troubles de santé mentale : être une personne d'origine étrangère, sans-papier, souffrant de toxicomanie et/ou sans-abri constituent des facteurs à risque. Présenter des troubles psychiatriques sévères aussi. Tout comme le fait d'être déjà bien connue des services de police.

Des interventions inappropriées ajoutent une couche de violence à une situation déjà compliquée, elles sapent la confiance des personnes elles-mêmes mais aussi des équipes soignantes envers les forces de police. Lorsqu'elles ont lieu dans des lieux de soins, elles sapent également le cadre de ces lieux et insécurisent les personnes qui y sont soignées ainsi que les personnes qui les soignent.

Elles soulèvent aussi la question d'un traitement adapté et équitable des personnes vulnérables par les forces de l'ordre. La suspicion d'une expérience inéquitable ou d'un glissement vers d'autres objectifs d'intervention (comme exemplifié plus haut) peut générer du stress supplémentaire et compliquer le travail des soignant-es.

Ces mésusages de la contrainte peuvent être liés à de multiples facteurs comme la méconnaissance des troubles et maladies mentales, les représentations stéréotypées sur certains publics, le sentiment d'insécurité des agent-es de police eux-elles-mêmes, des expériences négatives ou traumatisantes antérieures qui n'ont pu être suffisamment retravaillées par la suite, une méconnaissance des équipes et des cadres de travail de l'aide et du soin, etc. Elles peuvent aussi être corrélées à un éventail insuffisant de techniques d'intervention¹³. Il existe cependant des directives pour certains comportements comme la circulaire ministérielle COL 06/2023 relative à la gestion des patients EDS « Excited Delirium Syndrome » en crise¹⁴. Quel est le degré de connaissance

¹³ En matière de coercition, différents outils sont employés comme la clé de bras, la compression thoracique ou le taser, mais aussi, plus largement, la mise en cellule.

¹⁴ Précisons ici que l'EDS n'est pas considéré comme un trouble psychiatrique. Dans certains pays comme les Etats-Unis, des psychiatres se sont prononcé-es sur le caractère raciste de ce « trouble » et ont refusé de l'inclure au DSM. Voir Lane-McKinley K., ['Excited Delirium' Reflects System of Control, Not Care for MH Crises](#), Psychiatric



de ces directives? Comment aider à mieux évaluer une situation pour éviter un usage disproportionné de la force et de la contrainte? Comment garantir qu'une intervention policière auprès de personnes en souffrance donne aussi priorité aux soins, à côté des objectifs sécuritaires?

Il y a donc lieu de réfléchir, avec la police, à des plans de formation continue sur la santé mentale et les maladies psychiatriques, mais aussi sur le cadre d'intervention tenant compte des troubles rencontrés, des lieux d'intervention et des interactions avec les équipes soignantes. Certains corps de police sont clairement demandeurs, d'autres plus frileux. C'est là aussi un point à travailler.

A titre d'exemple, le 10 octobre 2024, l'équipe mobile de Saint-Pierre-Brugmann a participé à un séminaire fermé initié par la Ligue des Droits Humains (LDH) à Bruxelles, concernant les violences policières et la psychiatrie. Étaient présents à cette rencontre des membres de différents services de police, des avocats et juristes de la LDH, du personnel social-santé, un.e psychiatre d'un hôpital psychiatrique (responsable aussi de MEO), des représentants associatifs et des usagers de services en santé mentale-psychiatrie. Fait intéressant, lors de cette rencontre les usagers invités ont pu faire valoir aux personnes présentes que dans de nombreuses situations de crise, la police était plus aidante que les services psychiatriques et qu'en mettant le focus sur les violences policières, on faisait silence sur les violences psychiatriques décriées par les personnes concernées, l'OMS et le World Patients Alliance (WPA) entre autres.

La question de la contrainte est donc à travailler avec nuances et lucidité.

Formation de la police

Ceci nous amène tout naturellement à la question de la formation. Des expériences existent depuis longtemps. Ainsi, en 2015 et 2018, une collaboration entre la zone Bruno et l'Unité de crise de l'UCL a conduit à des immersions d'une journée de policier-es (une cinquantaine sont venu-es en immersion au sein de l'Unité de crise), et à 3 fois une journée de formation.

En ce qui concerne le projet EMUT+ à Bruxelles, des discussions se sont tenues avec la zone de Bruxelles-Capitale pour une journée de sensibilisation en santé mentale. Il s'agissait d'une journée obligatoire pour les agent-es, un élément utile car l'intérêt pour le sujet était diversement répandu.

Outre une sensibilisation sur la santé mentale et les maladies mentales, l'idée d'une formation doit pouvoir inclure les techniques et protocoles d'intervention. En s'appuyant sur l'expertise dont disposent les policier-es, les plus à mêmes de parler de ce qu'implique une intervention d'urgence, la gestion d'une situation potentiellement violente, suscitant de l'insécurité et de la peur auprès des personnes présentes, mais aussi des agent-es eux-mêmes. Reconnaître cette expertise est une base utile pour une formation et peut également servir à revoir les protocoles existants.

La diversité des expertises choisies pour la formation est également importante, afin de pouvoir inclure les différents types d'interactions existants ou potentiels entre police et social/santé. Faire appel à une pluralité de professions et de secteurs en lien avec la santé mentale, les addictions, le sans-abrisme, la migration, le genre... permet d'étoffer la compréhension des situations multiples auxquelles la police est confrontée, mais aussi de sensibiliser ces professions et secteurs aux réalités de travail des agent-es de police.

News, 2023, qui montre que le choix des termes renvoie davantage à une logique de contrôle plutôt que de soins et qu'il importe de mieux nommer les choses afin que les actes qui en découlent soient plus adéquats.



La formation ne suffit pas. Pour améliorer la prise en charge des situations et la complémentarité fructueuse¹⁵ des interventions, l'interconnaissance est un élément souligné. Une interconnaissance qui passe par :

- La mise en place de protocoles d'intervention, à l'image de certaines unités psychiatriques évoquées plus haut, pour baliser le travail des agent-es de police dans le périmètre des établissements,
- Prévoir des débriefings communs après des interactions autour d'une situation (cela se fait mais très rarement),
- Des échanges réguliers entre équipes pour mieux comprendre les cadres et modalités d'intervention, sous forme d'intervisions entre différentes fonctions, au départ de situations de terrain qui ont posé des difficultés.

Cette interconnaissance doit cependant respecter un critère de non-collusion. Il importe que ces espaces communs visent à une meilleure distinction des rôles en cherchant les points de complémentarités, mais en respectant également les points de divergence. Cette différenciation est ce qui rassure le public pour qui soin et contrôle sont deux choses bien distinctes. Que des frictions entre soignant-es et policier-es persistent est un signe positif, et des espaces devraient être davantage mis en place pour pouvoir en parler.

La question du suicide

En ce qui concerne la prévention du suicide et la gestion des situations de crise suicidaire impliquant les forces de l'ordre, des recommandations spécifiques sont formulées par le CPS :

1. Renforcer la formation des forces de l'ordre sur le repérage et la gestion des crises suicidaires, notamment en intégrant un module spécifique sur la prévention du suicide dans la formation initiale et continue des policiers, incluant des techniques de désescalade et de communication adaptées. Exemples : le programme de formation Crisis Intervention Team (CIT) aux États-Unis¹⁶ a permis de réduire les interventions musclées et d'améliorer l'orientation vers les soins.
2. Améliorer la coordination entre la police et les services spécialisés en prévention du suicide, en établissant des protocoles d'orientation vers les services spécialisés pour les personnes en crise suicidaire et en encourageant la mise en place de référents en santé mentale au sein des zones de police afin de faciliter la communication entre services.
3. Développer un dispositif de soutien post-intervention pour les policier-es par la mise en place d'un accompagnement psychologique pour les agent-es ayant été confronté-es à des situations de crise comme le suicide ou la tentative de suicide. Ainsi, en France, le programme de soutien PEP'S¹⁷ (Police Entraide Prévention et Lutte contre le Suicide) accompagne les forces de l'ordre après des interventions difficiles.
4. Mettre en place des dispositifs d'orientation alternatifs aux cellules de dégrisement et à la privation de liberté, en renforçant notamment l'accès aux unités de crise psychiatrique

¹⁵ C'est-à-dire que le recours à un autre service vise non seulement à combler un besoin non rencontré, mais aussi à améliorer auprès des 2 services le travail auprès de la personne.

¹⁶ National Alliance on Mental Illness (NAMI) : Programme Crisis Intervention Team (CIT), [Crisis Intervention Team \(CIT\) Programs](#)

¹⁷ Programme PEP'S (Police Entraide Prévention et lutte contre le Suicide) : [PEPS-SOS : Police Entraide Prévention et lutte contre le Suicide](#)



pour éviter l’incarcération des personnes en détresse suicidaire. C’est le cas en Flandre avec le modèle CAW (Centra Algemeen Welzijnswerk) permet une meilleure prise en charge des personnes vulnérables par des équipes psychosociales plutôt que par la police¹⁸.

Pistes complémentaires

- A l’exemple de l’équipe spécialisée Hercham au sein de la police de Bruxelles-Ville, qui traite du sans-abrisme, nous nous demandons si une équipe spécialisée sur les questions de santé mentale au sein de la police, pourrait être une piste. Cela pourrait prendre également a forme d’agent·es « expert·es » en santé mentale. Il semblerait que des expériences soient menées en ce sens à la STIB et à la SNCB.
- À Montréal, le service ESUP consiste en une patrouille mixte policier·e / travailleur·se social·e. Cependant, les travailleur·ses sociaux·ales sont assimilé·es à leurs collègues de patrouille¹⁹, s’inscrivant davantage dans une démarche sécuritaire où le savoir-faire social vient servir le maintien de l’ordre. Il existe déjà des services policiers qui s’inscrivent dans une intégration d’outils plus sociaux, comme les SAPV ou les services familles-jeunesse. Étendre cette intégration aux patrouilles, avec des policier·es disposant d’un bagage psychosocial, peut être une idée intéressante, tout en maintenant des balises claires pour éviter la confusion mentionnée plus haut.

¹⁸ [CAW Groep vzw – Victim Support Europe](#)

¹⁹ Ainsi par exemple, les 2 portent un gilet pare-balles.



En résumé, pistes d'action :

L'expérience EMUT+ est jugée positive par une série d'acteurs, en particulier les équipes mobiles et hospitalières. Si elle fournit des avancées, elle ne peut suffire pour améliorer la gestion, par la police, des situations de troubles mentaux, ni pour servir une meilleure articulation entre police et social/santé. D'autres pistes sont à explorer. Nous reprenons ici celles évoquées dans le présent document, avec 2 réserves : ces pistes ne sont pas exhaustives, et elles doivent pouvoir être débattues plus largement avec l'ensemble des acteurs concernés.

- ➔ Veiller à la distinction entre équipe soignante et police, tant dans l'évaluation de la situation que dans les solutions proposées et le partage d'informations, en veillant que cette distinction soit claire aux yeux de la personne au centre de l'intervention.
- ➔ Eviter le recours inutile et/ou disproportionné à la contrainte.
- ➔ Veiller à une transmission d'informations unidirectionnelle, de la police vers les équipes de soins, toujours dans l'intérêt de la personne, et entretenir une réflexion continue autour du partage d'informations.
- ➔ Prévoir des travaux préparatoires qui balisent les différentes possibilités d'intervention, favorisent une meilleure connaissance mutuelle des cadres de travail, maintiennent une claire répartition des responsabilités entre police et social-santé/psychiatrie.
- ➔ Prévoir une formation continue sur les questions de santé mentale, en prenant en compte l'expertise des policier-es et en veillant à une diversité des formateur-rices. Y inclure les questions autour des protocoles et techniques d'intervention. Travailler les zones de police pour généraliser cette formation.
- ➔ Prévoir des espaces de concertation réguliers entre police, parquet et social/santé, par des débriefings plus fréquents, des interventions communes, pour renforcer l'interconnaissance et soutenir l'évolution des protocoles d'intervention.
- ➔ Prévoir des actions spécifiques à la question du suicide et des situations de crise suicidaire (pistes du CPS).
- ➔ Impliquer systématiquement le secteur drogues et addictions, et ses organes de représentation dans les questions d'interactions santé – police.
- ➔ Impliquer des usager.es dans des espaces d'échanges et de réflexions (cfr. initiative de la LDH).
- ➔ Mesurer l'impact de la réforme de la loi sur les mesures d'observation protectrice (anciennement mises en observation).
- ➔ Renforcer la police de proximité qui connaît les acteurs social/santé de son territoire.
- ➔ Renforcer l'offre de soins en santé mentale, afin de corriger le déséquilibre énorme entre offre et besoins.