

CIRCULAIRE COL 06/2023
COMMUNE DU MINISTRE DE LA JUSTICE, DE LA MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, DES
RÉFORMES INSTITUTIONNELLES ET DU RENOUVEAU DÉMOCRATIQUE, DU MINISTRE
DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DU COLLÈGE DES
PROCTEURS GÉNÉRAUX RELATIVE À LA GESTION DES PATIENTS EDS « EXCITED
DELIRIUM SYNDROME» EN CRISE¹—

TABLE DES MATIERES

1. PRÉAMBULE.....	2
2. DÉFINITION.....	2
3. CAUSES - ÉTIOLOGIE	3
4. RISQUES POUR LE PATIENT EDS	3
5. PRISE EN CHARGE D'UN CAS EDS	3
5.1. LORSQUE LE SMUR INTERVIENT EN PREMIER LIEU	4
5.1.1. <i>Dans les zones de police où il existe une unité UAS.....</i>	4
5.1.2. <i>Dans les zones de police où il n'existe pas d'unité UAS.....</i>	4
5.2. LORSQUE LA POLICE INTERVIENT EN PREMIER LIEU.....	5
5.2.1. <i>Critères déterminants pour détecter un cas « EDS ».....</i>	5
5.2.2. <i>Appel au 112 et à une équipe d'assistance</i>	6
5.2.3. <i>Informations à communiquer au 112.....</i>	6
5.2.4. <i>En attendant l'arrivée du SMUR.....</i>	6
5.2.5. <i>Intervention du SMUR.....</i>	7
5.2.6. <i>Difficultés logistiques d'intervention.....</i>	8
5.2.7. <i>Impact du secret médical et professionnel sur la coopération entre les services de police et médicaux.....</i>	9
6. PRIVATION DE LIBERTÉ D'UN PATIENT EDS AYANT COMMIS UNE OU PLUSIEURS INFRACTION(S)	11
7. ÉVALUATION.....	11
8. CONCLUSION	12
ANNEXES :	12

¹ Depuis peu, la littérature médicale utilise le terme « Hyperactive delirium with agitation » à la place du terme « Excited Delirium Syndrome ». Dans le cadre de la présente circulaire, nous avons fait le choix de maintenir l'utilisation du terme EDS pour ne pas créer de confusion dans les services qui, en dehors du domaine médical, utilisent ce terme depuis plusieurs années

1. PRÉAMBULE

Le syndrome de « délire agité » ou « excited delirium syndrome » en anglais est un élément peu et /ou mal connu dans la plupart des services de première ligne de la Police Locale et Fédérale.

La médiatisation de récentes affaires judiciaires a au moins eu le mérite de faire prendre conscience aux mondes politiques et judiciaires de l'existence de ce syndrome qui est trop souvent confondu avec une psychose ou une intoxication par des drogues et/ou de l'alcool.

Or, les situations dans lesquelles se trouvent les personnes « en crise » nécessitent une prise en charge particulière, à laquelle les policiers n'étaient jusqu'alors pas formés et ce, d'autant qu'une intervention médicale urgente est indispensable, les amenant à devoir collaborer étroitement avec le corps médical.

Dans sa jurisprudence relative à l'application de l'article 2 de la Convention Européenne des droits de l'homme (droit à la vie), il arrive à la Cour Européenne des Droits de l'Homme de mettre à charge des Etats des obligations positives ou préventives, notamment en matière d'entraînement ou de formation des membres des forces de l'ordre. La mise sur pied de formations spécifiques relatives à la prise en charge des personnes victimes d'un EDS pourrait constituer une de ces obligations positives ou préventives.

Ainsi, des formations sont à l'heure actuelle dispensées aux membres des services de police.

Il n'en reste pas moins qu'un cadre général d'intervention applicable tant aux corps médical qu'aux services de police amenés à collaborer dans le cadre de la prise en charge d'une personne victime d'« EDS » doit être établi.

2. DÉFINITION

L'Excited Delirium Syndrome (ci-après « EDS ») est un problème de santé psycho-médical grave d'une personne qui se trouve, au moment où elle est en crise, dans un état de danger immédiat pour sa sécurité et/ou celle des autres de par son attitude, son agressivité et son comportement altérant son jugement de manière significative, et qui refuse toute prise en charge médicale ou injonction de la police.

Dans cette situation, l'assistance et les soins médicaux professionnels ne peuvent être retardés, c'est-à-dire qu'ils sont urgents, peu importe le contexte ou la cause éventuelle.

3. CAUSES - ÉTIOLOGIE

Les causes possibles, non-exhaustives², d'un EDS les plus fréquemment rencontrées, sont les suivantes :

- Hypoglycémie
- Crise d'hypertension artérielle
- Trouble ionique (hyponatrémie)
- Hémorragie cérébrale (traumatique ou non)
- Encéphalite (herpès ou autre)
- Épilepsie partielle
- HTIC (tumeur en décompensation (hypertension intracrânienne))
- Infection urinaire (personne âgée)
- Crise aiguë de schizophrénie
- Drogue, alcool
- Psychopathie
- Intoxication (gaz, substance X)
- Hypoxie (déficit en oxygène)
- Crise d'angoisse / claustrophobie
- Dépression aiguë « suicidaire »
- Sevrage en médicament, alcool, drogues,...

Si l'on peut plus fréquemment rencontrer ces situations dans des contextes festivaliers ou lors d'émeutes ou de sorties nocturnes, les cas d'EDS peuvent également être constatés en dehors de ces hypothèses, à la suite de problèmes psychiatriques ou lors d'une arrestation ou d'une garde à vue.

4. RISQUES POUR LE PATIENT EDS

Le risque de décès de la personne concernée n'est pas à exclure, l'EDS pouvant être potentiellement mortel.

Vu l'état d'excitation dans lequel se trouve la personne en crise, les organes et particulièrement le cœur en souffrent énormément, surtout lorsque la personne se débat et résiste au contrôle des policiers. Elle peut en effet se débattre jusqu'à en mourir.

5. PRISE EN CHARGE D'UN CAS EDS

La prise en charge d'un cas EDS est extrêmement compliquée vu l'état d'excitation extrême et la force démultipliée de ce type de patient.

En effet, la personne ne se fatigue pas malgré un effort important et est insensible à la douleur. Son comportement est extrêmement agressif, la personne refusant en outre le plus souvent toute intervention.

² Énumérées par le Docteur Bodson, Médecin Anesthésiste-Urgentiste, spécialisé en situations d'exception, Chef de clinique honoraire et Conseiller sécurité-qualité au CHU de Liège

La prise en charge nécessite donc l'intervention de deux services :

- la police afin de maîtriser la personne,
- les intervenants médicaux afin de lui prodiguer les soins nécessaires et urgents.

Dans la plupart des cas, les policiers sont les premiers à intervenir dans ces situations mais il arrive que les moyens de l'aide médicale urgente soient dépêchés sur place avant ceux-ci.

Dans chacune des hypothèses, la coopération entre les différents services, police et médecins, est essentielle. Quelle que soit l'hypothèse dans laquelle on se trouve, il convient de se référer au schéma d'intervention tel que décrit à l'annexe 1.

L'attention des premiers intervenants est attirée sur le fait que dans la mesure du possible, l'usage des feux bleus et des avertisseurs sonores spéciaux doit être évité.

Ces éléments sont en effet de nature à créer une excitation complémentaire dans le chef de la personne agressive, qui pourrait s'avérer dommageable tant pour la personne elle-même que pour son entourage.

5.1. LORSQUE LE SMUR INTERVIENT EN PREMIER LIEU

Si le SMUR intervient en premier, les médecins sont aptes à déterminer qu'il s'agit bien d'un potentiel cas médical d'EDS.

Il sera cependant souvent impossible aux intervenants du SMUR de procéder à un acte médical tant que cette personne n'est pas maîtrisée. Ils devront donc appeler des renforts policiers dans ce but, le recours à la contrainte pouvant souvent s'avérer nécessaire, aux fins principales de « sédaté » la personne en crise.

Dans cette hypothèse, ils en aviseront les policiers qui seront préparés à intervenir de manière adéquate face à ce genre de situation.

5.1.1. DANS LES ZONES DE POLICE OÙ IL EXISTE UNE UNITÉ UAS³

Dans certaines zones, il existe des unités spéciales d'intervention policière (UAS) formées et entraînées spécialement pour intervenir aussi dans ce genre de situation.

Le SMUR doit donc faire appel au 112 et requérir un appui policier, avec des renforts éventuels pour pratiquer les actes médicaux nécessaires.

5.1.2. DANS LES ZONES DE POLICE OÙ IL N'EXISTE PAS D'UNITÉ UAS

Ces unités spéciales ne sont toutefois pas organisées dans toutes les zones.

Il sera donc fait appel aux services de police habituels.

³ Unité d'Assistance Spécialisée (UAS), telle qu'instaurée par la GPI 81

Les médecins du SMUR devront néanmoins préciser qu'il s'agit d'un cas potentiel EDS et qu'une équipe d'intervention adéquate doit intervenir, une équipe d'intervention ordinaire, composée de 2 policiers, dépourvue d'assistance n'étant pas suffisante. En effet, pour être maîtrisée, une personne en crise EDS doit être maintenue au niveau des membres.

Il serait risqué pour les policiers d'intervenir en sous-nombre, leur sécurité serait alors inévitablement mise en danger.

5.2. LORSQUE LA POLICE INTERVIENT EN PREMIER LIEU

Contrairement aux intervenants du SMUR, les policiers n'ont en principe aucune formation médicale appropriée.

L'évaluation de la situation de danger repose donc pour eux sur le comportement et les gestes observables de la personne en crise, ainsi que sur ses aspects physiques et sa manière de communiquer.

En effet, l'objectif est de différencier un comportement agressif volontaire et conscient d'un comportement agressif consécutif à un EDS nécessitant une intervention médicale urgente, compte tenu de ce qui précède.

5.2.1. CRITÈRES DÉTERMINANTS POUR DÉTECTER UN CAS « EDS »

Pour reconnaître une personne en crise d'EDS, il faut savoir si le comportement de la personne est anormal, c'est-à-dire inhabituel.

Le principe de la personne prudente et raisonnable placée dans les mêmes circonstances sert de point de comparaison pour évaluer la présence d'un EDS.

Pour ce faire, l'obtention rapide de renseignements auprès de l'entourage immédiat de la personne en crise est capital. Par exemple, les remarques telles que : « *il a trop bu* », « *il a consommé de la drogue* » peuvent éclairer les policiers.

Les personnes en crise d'EDS manifestent la plupart du temps les caractéristiques suivantes, qui peuvent toutefois ne pas être présentes simultanément.

On retiendra que plus le nombre de caractéristiques est présent, plus il est raisonnable de suspecter un EDS⁴ :

- Agitation intense
- Ne se fatigue pas malgré un effort intense (force impressionnante « surnaturelle »)
- Résistance à une force contraignante ou à une immobilisation
- Aucune perception de la réalité (la personne est « dans un autre monde »)
- Violence ou agressivité extrême
- Hyperthermie (température corporelle anormalement élevée)
- Insensibilité à la douleur
- Respiration accélérée
- Sudation abondante (transpiration anormalement élevée)
- Peau chaude au toucher

⁴ Liste non-exhaustive

- Ne respecte pas les injonctions de la police
- Attiré par la lumière vive / les bruits forts
- Gémissements (bruits incompréhensibles, bruits bestiaux)
- Suspicion d'une intoxication aux stimulants (pupilles dilatées)

Les 5 premiers critères étant les plus pertinents pour déceler un cas d'EDS.

5.2.2. APPEL AU 112 ET À UNE ÉQUIPE D'ASSISTANCE

Dès que les policiers suspectent d'être en présence d'un EDS, ils doivent immédiatement appeler une équipe d'assistance en renfort et le 112 (et pas le 100 comme c'est encore trop souvent le cas) et répondre précisément aux questions qui leur sont posées dans ce cadre.

Les renseignements donnés par les services de police doivent permettre au 112 d'évaluer l'ampleur de son engagement.

5.2.3. INFORMATIONS À COMMUNIQUER AU 112⁵

Les informations que les policiers communiquent à la centrale d'urgence sont capitales dans la mesure où elles justifieront la décision d'envoyer un SMUR ou les moyens adéquats.

C'est pourquoi les opérateurs du 112 posent une série de questions sur la base de la fiche « appel police 112 »⁶ annexée à la présente circulaire, afin de cerner au mieux l'état de la personne en cause.

En effet, un médecin généraliste n'a ni les moyens, ni le matériel, ni la formation pour intervenir dans ces situations particulièrement stressantes et dangereuses. C'est pourquoi seul le SMUR est habilité à intervenir, ce qui justifie l'importance des questions et des réponses, c'est-à-dire de la discussion et de la coopération entre la centrale d'urgence et les policiers sur place pour qu'une intervention médicale adéquate et urgente puisse être décidée.

De plus, l'appel à des médecins généralistes de garde, particulièrement la nuit, doit répondre à des processus habituellement longs, inacceptables en pareilles circonstances. Il s'agit de situations où les interventions médicales sont extrêmement urgentes, chaque minute compte pour le maintien en vie de la personne en crise.

5.2.4. EN ATTENDANT L'ARRIVÉE DU SMUR

En attendant l'arrivée des équipes médicales, les policiers doivent agir de manière à ne pas énerver davantage la personne, tenter de la calmer au mieux et, dans la mesure du possible, isoler celle-ci ou la placer dans un endroit où il y a peu de risque qu'elle se blesse ou blesse une autre personne.

⁵ Voir protocole 031 du manuel belge de régulation médicale repris en annexe 3.

⁶ Fiches établies par le Groupe de travail interdépartemental « Excited delirium syndrome » constitué par la DG Sécurité & Prévention du SPF Intérieur. Voir l'annexe 2.

Les policiers doivent :

- sécuriser au maximum la situation avant l'arrivée des secours. Il faut évidemment s'assurer que la personne en crise n'est pas armée ;
- contenir, voire le cas échéant, maintenir la personne de manière à ce qu'elle ne constitue plus un danger pour elle-même ou pour autrui, au besoin en faisant usage de la contrainte.

Par contre, les policiers doivent s'abstenir :

- de tout acte de violence physique incontrôlé qui pourrait agiter davantage la personne à immobiliser et surmener le cœur qui pourrait alors lâcher ;
- d'obstruer les voies respiratoires car la pression sur la bouche, le nez ou la poitrine accentuerait le rythme cardiaque également. En effet, la simple sensation de compression excite davantage la personne en crise et entraîne une décharge supplémentaire d'adrénaline qui pourrait s'avérer fatale pour la personne maîtrisée. Ainsi, les « clés de bras » sont à éviter et à n'utiliser qu'en dernier recours ;
- d'utiliser un spray au poivre qui ferait gonfler les muqueuses respiratoires et entraver la respiration ;
- d'utiliser des armes telles que la matraque, les munitions à impact, etc, dans la mesure où, en plus d'accroître l'excitation de la personne, ces méthodes seraient totalement inefficaces étant donné l'insensibilité de la personne à la douleur en période de crise. Ainsi, l'utilisation d'un taser est à éviter absolument, ou à tout le moins à n'utiliser qu'en dernier recours car, en plus du risque de blessures des policiers « au contact », il provoque une décharge d'adrénaline supplémentaire qui pourrait être fatale. Le taser doit donc être utilisé uniquement dans les situations extrêmes, en cas de légitime défense des policiers ou en cas de danger pour autrui.

5.2.5. INTERVENTION DU SMUR

Dès que l'équipe médicale est sur place, il faut sédativer la personne.

Pour ce faire et sauf contreordre des médecins, les policiers doivent continuer à maintenir la personne, le temps nécessaire aux médecins pour la sédativer.

Si celle-ci est suffisamment maintenue, les médecins lui posent de préférence un cathéter de manière à lui prélever du sang avant l'injection du sédatif.

Une fois la personne sédatée, la mission des policiers prend fin mais le SMUR doit quant à lui assurer un suivi médical strict et constant.

Attention, la sédation n'est pas toujours nécessaire. Il peut arriver que la personne se calme après discussion avec elle.

Après la sédation, il incombe au SMUR de décider s'il est nécessaire d'envoyer la personne à l'hôpital pour prise en charge approfondie, ou non.

A cet égard, les policiers veilleront à faire compléter et signer le formulaire, en annexe 3 de la présente circulaire⁷, par le médecin du SMUR qui déclarera soit :

- Que la présence du SMUR n'est plus nécessaire
- Que la personne ne nécessite pas d'être emmenée en hôpital
- Que la personne nécessite d'être emmenée à l'hôpital

Le service SMUR intervenu portera une attention particulière aux informations consignées dans le rapport SMUR⁸ et dans le dossier médical du SMUR.

Ce formulaire est à insérer par la police dans le procès-verbal d'intervention, et le médecin doit noter dans le dossier médical qu'il a donné ce document au policier.

5.2.6. DIFFICULTÉS LOGISTIQUES D'INTERVENTION

- Barrière de la langue

Les équipes d'intervention, policières ou médicales, peuvent être confrontées à des difficultés pour dialoguer avec la personne en crise, qui ne parle pas toujours le français, le néerlandais ou l'allemand, voire même l'anglais.

Or, la communication est, comme déjà souligné, extrêmement importante dans ce genre de situation.

Pour faire face à ces difficultés, il est recommandé aux policiers de s'équiper d'appareils qui permettent une traduction simultanée.

- Formations spécifiques

La gestion d'une personne en crise d'EDS est très complexe et dangereuse eu égard à l'état d'excitation et d'agitation de celle-ci et au risque élevé d'arrêt cardiaque que cette agitation peut provoquer à tout moment.

Les policiers qui interviennent dans ces situations doivent être préparés à y être confrontés et maîtriser totalement leur intervention.

Une formation spécifique « EDS » est dispensée depuis 2021 aux policiers.

Il conviendrait que pareille formation soit également dispensée aux agents pénitenciers, aux pompiers et au personnel de secours médical (infirmiers, ambulanciers, médecins) qui sont susceptibles aussi de se retrouver face à de pareilles situations.

- Matériel médical

Lors de ces interventions, les policiers doivent dans la mesure du possible s'équiper de gants et de bandages qui doivent permettre une meilleure contention de la personne en crise.

⁷ Formulaire établi par le Groupe de travail interdépartemental « Excited delirium syndrome » constitué par la DG Sécurité & Prévention du SPF Intérieur

⁸ Voir l'annexe 4.

5.2.7. IMPACT DU SECRET MÉDICAL ET PROFESSIONNEL SUR LA COOPÉRATION ENTRE LES SERVICES DE POLICE ET MÉDICAUX⁹

La prise en charge d'un patient EDS est ainsi assurée **conjointement** par les services de police et par le SMUR.

Vu l'urgence et le caractère pluridisciplinaire d'une telle situation, il est indispensable que chaque intervenant communique immédiatement les informations utiles à une prise en charge adéquate permettant d'assurer la sécurité du patient et de l'ensemble des personnes présentes.

Il importe en toute hypothèse que ces informations partagées soient des informations **pratiques, essentielles, proportionnelles** et **utiles** au moment de la prise en charge.

- En ce qui concerne les informations communiquées par les services de police vers les services médicaux urgents appelés à intervenir

La communication d'informations par les services de police intervenants aux services médicaux urgents appelés sur place, nécessaires à assurer à ces derniers une intervention la plus efficace possible, ne pose en pratique aucune difficulté, vu l'application des articles 42 de la LFP, 422 *ter* du Code pénal¹⁰, 21 *bis* du Code d'instruction criminelle et vu l'état de nécessité applicable en l'espèce.

En conséquence, le Collège des procureurs généraux autorise les policiers à communiquer les informations pratiques, essentielles, proportionnelles et utiles qui s'avèrent nécessaires à l'intervention adéquate des services médicaux.

- En ce qui concerne les informations communiquées par les services médicaux urgents dépêchés sur place aux services de police

Il apparaît que les services médicaux urgents sont très souvent réticents à transmettre les informations à leur disposition aux services de police appelés à intervenir par crainte de violer le secret médical, prévu à l'article 458 du code pénal, dont ils sont dépositaires.

En effet, « les médecins se trouvent au nombre des confidents nécessaires auxquels l'article 458 impose l'obligation de garder le secret sur tout ce dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions à raison de la confiance qui s'attache à leur profession. Le secret professionnel interdit au médecin, en raison de sa qualité de confident nécessaire, toute révélation, directe ou indirecte, de faits qui sont secrets de leur nature ou qui lui ont été confiés expressément ou tacitement dans l'exercice de sa profession, hors les cas où la loi l'oblige à les faire connaître et où il est appelé à rendre témoignage en justice »¹¹.

Il convient toutefois d'atténuer la rigueur de ce principe vu la nécessité de communiquer dans la pratique, certaines informations nécessaires pour permettre une intervention adéquate dans le chef des services de police sur place.

⁹ Considérations basées sur les développements du Dr Christel De Pooter dans le cadre du Groupe de travail interdépartemental « Excited delirium syndrome » constitué par la DG Sécurité & Prévention du SPF Intérieur.

¹⁰ Art. 422ter : « Sera puni des peines prévues à l'article précédent celui qui, le pouvant sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui, refuse ou néglige de porter à une personne en péril le secours dont il est légalement requis; celui qui le pouvant, refuse ou néglige de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont il aura été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire ».

¹¹ DE NAUW, A., KUTY, F., « Violation du secret professionnel », in *Manuel de droit pénal spécial [2018]*, n° 953, p. 672.

En effet, le secret médical « *n'interdit pas au corps médical de s'affranchir de l'obligation au secret dans l'intérêt du patient, de telle sorte qu'il est permis à tout médecin de divulguer aux autorités judiciaires des informations relatives à l'infraction dont un patient a été la victime* »¹².

*« Le médecin urgentiste amené à examiner sur les lieux d'un accident de la circulation un blessé qui ne lui a fait aucune confiance et s'opposait violemment à son intervention ne méconnaît pas son secret professionnel lorsqu'il indique aux autorités l'état d'intoxication alcoolique sinon d'ivresse de son patient lorsque cet état constituait un fait notoire ne résultant pas d'un examen médical ou de confidences qui lui ont été faites qui avait d'ailleurs été opéré par les policiers arrivés avant lui sur les lieux de l'accident »*¹³.

Il apparaît ainsi que le secret médical n'est pas absolu et fait l'objet d'exceptions dans un certain nombre d'hypothèses, notamment pour permettre une intervention rapide et efficace qui assure la sécurité de tous les intervenants et du malade lui-même.

Le secret médical doit parfois céder le pas face à la vie du patient et à la sécurité des intervenants.

En pareille hypothèse, une telle communication d'informations ne peut être considérée comme constitutive d'une violation du secret médical.

Les fiches d'interventions médicales doivent faire mention des informations qui ont été communiquées par les policiers et de celles qui ont été communiquées à ces derniers.

Le policier doit par ailleurs consigner dans son PV d'intervention quelles informations médicales lui ont été transmises et par qui.

¹² DE NAUW, A., KUTY, F., « Violation du secret professionnel », in Manuel de droit pénal spécial [2018], n° 954, p. 673.

¹³ DE NAUW, A., KUTY, F., « Violation du secret professionnel », in Manuel de droit pénal spécial [2018], n° 955, p. 674.

6. PRIVATION DE LIBERTÉ D'UN PATIENT EDS AYANT COMMIS UNE OU PLUSIEURS INFRACTION(S)

- Pas de prise en charge médicale

Ce sont les règles de la loi sur la détention préventive du 20 juillet 1990 qui s'appliquent.

La privation de liberté prend court dès que le patient EDS est physiquement maintenu et, de ce fait, n'est plus libre de ses mouvements.

- Prise en charge médicale

La privation de liberté ordonnée doit normalement être confirmée par un mandat d'arrêt décerné par un juge d'instruction au plus tard dans les 48 heures.

Si la personne admise en milieu hospitalier n'est pas audible, empêchant le juge d'instruction de procéder à l'interrogatoire préalable de l'inculpé, il appartient au juge d'instruction saisi de vérifier s'il a affaire à un cas de force majeure et de le motiver le cas échéant dans le mandat d'arrêt qu'il décernera¹⁴.

7. ÉVALUATION

L'évaluation de la présente circulaire se fera pour la première fois un an après son entrée en vigueur et ensuite tous les 3 ans.

Cette évaluation se basera sur un compte-rendu établi par le SPF Santé publique, et le service management de formation et de coordination de la police intégrée.

Ces deux organismes adaptent en effet respectivement le protocole 031 et les directives adressées aux forces de l'ordre le cas échéant, après analyse des spécificités des interventions problématiques répertoriées dans la banque de données de la police « MISI » (Melding Incidenten - Signalement Incidents¹⁵).

A cet effet, le service management de formation et de coordination de la police intégrée doit communiquer immédiatement au SPF Santé publique tous les cas problématiques dont les enregistrements doivent être conservés en vue de cette analyse.

Un premier rapport annuel de ces modifications est adressé au Collège des Procureurs généraux un an après l'entrée en vigueur de la présente circulaire.

Les rapports annuels ultérieurs seront communiqués au Collèges des Procureurs généraux tous les 3 ans.

La circulaire sera donc évaluée à ces occasions sur la base de ces rapports.

¹⁴ D.VANDERMEERSCH, *Droit de la procédure pénale*, p. 1088 ; Cass. (2^{ème} Ch), AR P.20.1143.N, 24 novembre 2020 ; Cass (2^{ème} Ch), AR P.17.0572.F, 31 mai 2017 ; Cass (2^{ème} Ch), AR P.12.0584.N, 10 avril 2012 ; Cass, AR P09.1355.N, 8 septembre 2009.

¹⁵ Voir l'annexe 5.

8. CONCLUSION

L'urgence et la dangerosité d'un EDS caractérisent la situation dans laquelle les services de secours doivent intervenir, eu égard au risque de décès de la personne en crise.

Ces services de secours doivent être entraînés et préparés à gérer ces situations complexes et particulières, et le rôle de chacun doit être parfaitement défini.

Les recommandations qui précèdent tendent donc à cadrer les interventions de chacun afin d'optimiser la prise en charge d'un EDS.

La consignation des détails de l'intervention par écrit et suivant immédiatement celle-ci, tant pour les policiers que pour l'équipe médicale, permet assurément de contextualiser le cas et de cerner les responsabilités éventuelles de chacun dans l'hypothèse où, malheureusement, la personne en crise vient à décéder.

Les récentes affaires médiatisées prouvent que cette issue fatale n'est pas rare.

Il est donc d'une importance capitale de pouvoir démontrer que les protocoles de chaque intervenant ont été respectés et que les « bons gestes et bons réflexes » ont été assurés.

ANNEXES :

1. Schéma d'intervention
2. Fiches d'appel police au 112
3. Protocole 031 du manuel belge de régulation médicale
4. Formulaire à compléter par le SMUR lors d'une intervention EDS
5. formulaire MISI uniforme conforme à la GPI 62 à compléter par les policiers lorsque la contrainte a été utilisée.