

# La mise en observation : gestion en médecine générale

*The setting in observation : management in general medicine*

**E. Stillemans, A. Seutin et M. Roland**

Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles

## RESUME

*La loi du 26 juin 1990 (mesure de protection des malades mentaux) a remplacé l'ancienne loi de collocation de 1850 (revue en 1873). Conçue dans la lignée des principes de la Convention Européenne des Droits de l'homme, elle constitue une réforme importante du traitement involontaire des malades mentaux et rappelle, sans nul doute, que le malade est sujet de droit.*

*L'article décrit le champ d'application de la loi du 26 juin 1990, et les modalités d'initiation d'une mesure de protection. Ensuite, sont abordées dans leurs décours la mesure en milieu hospitalier (procédure ordinaire et procédure urgente), ainsi que la mesure en milieu familial.*

*En outre, le rôle du médecin généraliste est évoqué aux différentes étapes de la procédure.*

*Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 295-301*

## ABSTRACT

*The law of June 26, 1990 (protection measure of the mental patients) has replaced the old law of collocation of 1850 (review in 1873). Conceived in the line of the principles of the European Convention of the Humans right, it constitutes an important reform of the involuntary treatment of the mental patients and recalls, without any doubt, that the patient is prone of right.*

*The article describes the scope of application of the law of June 26, 1990, and the methods of initiation of a protection measure. Then, the measure in a hospital environment (ordinary procedure and urgent procedure), as well as the measure in a family environment are approached in their waning.*

*Furthermore, the role of the general practitioner is evoked at the various stages of the procedure.*

*Rev Med Brux 2004 ; 25 : A 295-301*

*Key words : forensic psychiatry, emergency procedure, family cares*

## PHILOSOPHIE DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 (MESURE DE PROTECTION DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX)

### Pourquoi abroger la loi de 1850 ?

Depuis les années 60, différents travaux parlementaires ont été menés afin de réformer l'ancienne loi de collocation de 1850 (revue en 1873).

En effet, dans les mouvances du courant antipsychiatrique, le caractère arbitraire des collocations est tout particulièrement dénoncé, et c'est donc dans la lignée des principes de la Convention Européenne des Droits de l'Homme que la nouvelle loi du 26 juin 1990 a été élaborée.

Ainsi, le texte légal souligne que le malade est,

sans nul doute, sujet de droit.

Dans la loi du 26 juin 1990, la décision d'une hospitalisation sous contrainte ne relève plus du Bourgmestre, pouvoir administratif, mais bien d'une **autorité judiciaire**, à savoir du Juge de Paix et dans l'urgence, du Procureur du Roi.

En outre, la loi prévoit une série de **conditions cumulatives et obligatoires** qui en limitent le champ d'application (art. 2) ; elle introduit aussi des délais fixés par jugement et garantit au malade, par la tenue de débats contradictoires, la défense de ses intérêts. De plus, la seule sauvegarde de l'Ordre public ne peut plus, à elle seule, justifier une telle mesure et son application " doit être sous-tendue par un objectif thérapeutique, ce qui présuppose l'existence d'un traitement possible "1.

## TEXTES LEGISLATIFS

- **Loi du 26 juin 1990** relative à la Protection de la Personne des Malades Mentaux publiée au Moniteur Belge du 27 juillet 1990 et ses arrêtés d'exécution datés du 18 juillet 1991. Cette loi a abrogé celle du 18 juin 1950 sur le régime des aliénés et modifie l'article 43 de la loi du 8 avril 1965 relative à la Protection de la Jeunesse ;
- **Loi du 18 juillet 1991** (M.B. 26 juillet 1991) modifiant les articles 24, 25 et 26 relatifs aux soins en milieu familial ;
- **Loi du 6 août 1993** (M.B. 09 août 1993) modifiant la compétence territoriale du Juge de Paix.

## QUEL EST LE CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI DU 26 JUIN 1990 ?

Rappelons tout d'abord que : " Pour tout individu, la liberté est la règle et l'enfermement doit demeurer l'exception "2.

La loi du 26 juin 1990 est susceptible de s'appliquer tant à l'égard d'une personne mineure que majeure se trouvant en Belgique. Elle prend appui sur *deux principes fondamentaux* :

**Article 1** : " Sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle, ...".

**Article 3** : " La personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment ".

Dès lors, toute décision de soins sous contrainte d'un malade mental ne peut être prise que dans le cadre d'une loi l'y autorisant.

## QUELLES SONT LES CONDITIONS REQUISES POUR QU'UNE MESURE DE PROTECTION PUISSE ETRE PRISE A L'EGARD D'UNE PERSONNE ?

L'article 2 stipule que **trois conditions cumulatives** doivent être réunies :

- La personne doit être atteinte d'une maladie mentale ;
- Il est nécessaire que son état requière une telle mesure, soit que la personne mette gravement en péril sa santé et sa sécurité ou qu'elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui, ou les deux simultanément ;
- Elle ne peut être prise qu'à défaut de tout autre traitement approprié.

Reprenons ces différents critères :

Tout d'abord, il faut constater que " la loi ne contient **aucune définition du malade mental ou de la maladie mentale**. Le législateur a sciemment omis de donner une telle définition "3.

" Pour le diagnostic de maladie mentale, on peut actuellement se référer utilement à des répertoires de

classification de ces maladies telles qu'elles sont définies par exemple dans le DSM IV (*Diagnostic and Statistic Manuel*) ou encore ICD-10 (*International Classification of Disease*). Ces répertoires qui, depuis plusieurs années, ont obtenu un large consensus d'utilisation dans le milieu de la profession psychiatrique, permettent, par l'identification de signes et de symptômes, l'établissement d'un diagnostic d'une pathologie entrant dans le cadre d'une maladie mentale "4.

Néanmoins, le concept de " trouble mental ", tel que repris dans le DSM-IV et dans l'ICD-10 est large et " recouvre tout le champ de la nosographie psychiatrique ... les décisions de placement et de traitement involontaires ne doivent pas concerner l'ensemble des personnes présentant un pathologie psychiatrique "5. Ce répertoire de classification doit être apprécié en fonction de la gravité des symptômes que le sujet présente, et c'est au médecin que revient le soin de déterminer s'il y a maladie mentale.

Certains tableaux cliniques sont évidents et rallient tous les avis. Citons notamment les états psychotiques aigus avec idées délirantes, phénomènes hallucinatoires et troubles du comportement, les états dépressifs majeurs avec comportements suicidaires, etc.

Par contre, d'autres tableaux cliniques amèneront à des jurisprudences très variables : troubles majeurs de la personnalité, démences, épilepsies, alcoolisme, toxicomanie, etc. De plus, la notion de comorbidité dépressive, psychotique, peut être prise en compte.

Le concept de **dangerosité**, autre critère de l'article 2, est, de son côté, particulièrement subjectif. Ce critère, comme le rappelle le Pr M. Declercq, doit être à chaque fois resitué dans son contexte. " Une connaissance nuancée du sujet que le praticien doit approcher offre à celui-ci l'occasion de voir apaiser les tensions qui l'animent et de contrebalancer, voire de dépasser, les aspects supposés dangereux de son interlocuteur par ses ressources personnelles, ses compétences, soit une série d'éléments qui font aussi sa valeur "6.

Enfin, la loi met l'accent sur la notion d'**absence d'alternatives à la mesure de protection**.

Il faut souligner ici toute l'importance de ce temps permettant d'évaluer si les critères légaux sont remplis et si la recherche d'autres abords thérapeutiques a été effectuée.

## QUELS SONT LES TYPES DE MESURES POSSIBLES ?

- Le législateur a prévu deux types de mesures :
- la mesure de protection **en milieu hospitalier** (article 5 et article 9) ;
  - la mesure de protection **en milieu familial** (articles 23 à 29).

## LA MESURE DE PROTECTION EN MILIEU HOSPITALIER

### Quelles sont les procédures possibles ?

Le législateur a prévu deux procédures différentes :

- **La procédure ordinaire** (article 5)

La personne requérante adresse au **Juge de Paix** compétent une **requête écrite** qui doit être accompagnée d'un rapport médical circonstancié. Les conditions légales relatives au rapport médical circonstancié seront abordées plus loin.

- **La procédure urgente** (article 9)

Ici, la procédure est initiée en faisant appel au **Procureur du Roi**.

### Quelles sont les différences fondamentales entre ces deux procédures ?

Dans le cadre de la **procédure ordinaire**, une audience, préalable à toute privation de liberté, permettra au Juge de Paix d'évaluer si l'application de la loi se justifie. Ainsi, le malade ne sera privé de sa liberté qu'après jugement. Par contre, dans le cadre de la **procédure urgente**, le Procureur du Roi, si l'avis médical requis par lui est positif, ordonnera l'hospitalisation immédiate du malade dans un service dans un établissement psychiatrique et ce, sans qu'il y ait eu débat contradictoire.

Dans l'esprit du législateur, le recours à la procédure urgente devait rester exceptionnel. Cependant, il apparaît que, dans tous les arrondissements judiciaires, l'application de l'article 9 est nettement prépondérante.

Plusieurs explications peuvent être avancées quant à ce : la difficulté pour le requérant d'obtenir le rapport médical circonstancié prévu par la loi, la situation délicate pour le médecin traitant rédacteur d'un tel rapport l'amenant par là à mettre en péril l'alliance thérapeutique établie avec le patient, la crainte pour une famille de se porter partie requérante, démarche qui peut être source de perturbation des liens familiaux, le déclenchement aigu de certains troubles psychiques, leur intensité et l'importance des troubles du comportement associés, etc.

### Qui peut demander la mise en observation d'un malade ?

Cette demande peut être initiée par **toute personne** ayant intérêt (dans le sens "se soucie") à la mise en observation du malade, que cette personne fasse partie ou non de l'entourage familial, par un médecin (éventuellement le médecin traitant), un avocat, le Procureur du Roi qui n'agirait pas dans l'urgence, ou tout autre professionnel des soins de santé.

### A quel magistrat s'adresser ?

- Pour la **procédure urgente** : au Procureur du Roi du

lieu où le malade se trouve même s'il n'y réside pas.

- Pour la **procédure ordinaire** : au Juge de Paix de la résidence, ou à défaut, du domicile du malade.

### Qui peut rédiger le rapport médical circonstancié ?

Tout détenteur d'un diplôme de docteur en médecine peut demander la mise en observation d'un malade ou rédiger le rapport médical circonstancié prévu par la loi.

Dans la procédure urgente, le médecin sera, le cas échéant, désigné par le Procureur du Roi (psychiatre d'un service d'urgence psychiatrique, psychiatre de service de santé mentale, médecin légiste, médecin généraliste interpellé par les services de police et particulièrement sensibilisé à cette problématique).

Néanmoins,

- 1) Le rapport médical circonstancié **ne peut être rédigé par un médecin attaché** à un titre quelconque à l'établissement où le malade se trouve. Dans la pratique, un médecin généraliste attaché à un établissement psychiatrique ou à un hôpital général ne pourra rédiger un rapport médical circonstancié pour un patient hospitalisé dans un des services de ces hôpitaux.
- 2) Le médecin **ne peut être parent** [dans le sens : membre de la famille biologique, en principe jusqu'au deuxième degré (oncle et neveu)] **ou allié** (membre de la même famille par les liens du mariage) **du malade ou du requérant**.
- 3) Le médecin rédacteur du rapport médical circonstancié, **ne peut agir en tant que requérant**.
- 4) Dans le cas particulier du **médecin traitant**, il peut être souhaitable que celui-ci s'abstienne de rédiger le rapport médical circonstancié afin de préserver la relation thérapeutique avec le patient. Ce médecin peut néanmoins s'adresser au Procureur du Roi, et lui faire part de la situation. Le Procureur désignera alors un médecin tiers pour examiner la personne.

Par ailleurs, l'article 458 du Code Pénal protège le secret médical mais précise en outre, à titre d'exception, qu'il peut être levé dans le cas où la loi le prévoit expressément. De plus, il ne faut pas perdre de vue le prescrit de l'article 422 bis du Code Pénal, à savoir que si le médecin traitant n'agissait pas, il pourrait être poursuivi pour non-assistance à personne en danger.

### Que doit contenir le rapport médical circonstancié ?

Le rapport médical doit contenir : l'identité complète du malade, la date de l'examen qui **ne peut remonter à plus de quinze jours** au moment du dépôt de la requête ou de la demande et la signature du médecin, la description des symptômes de la maladie mentale dont souffre le malade, le danger pour lui-même ou pour autrui présenté par le malade, l'absence de tout autre traitement approprié. En outre, l'urgence doit ressortir du dit rapport dans le cadre de l'article 9<sup>7</sup>.

## Quelles sont les suites données par les magistrats saisis lorsque la demande de mise en observation a été initiée ?

Dans le cas où le magistrat donne suite à la demande de mise en observation, il désignera un établissement psychiatrique agréé dans le cadre de la loi pour accueillir et soigner la personne. Le médecin attirera l'attention du magistrat sur certains points particuliers. Ainsi, si le malade souffre d'une affection somatique associée ou si des soins médicaux sont nécessaires (tentative de suicide par exemple), il suggérera plutôt un service psychiatrique d'un hôpital général. De même, il orientera vers un hôpital psychiatrique un malade particulièrement agité ou violent. En outre, il sera également tenu compte du lieu du domicile du malade, du contexte linguistique, d'éventuels antécédents de séjour ou de traitement pouvant favoriser la continuité des soins.

## Quel est le déroulement d'une procédure relative à une mesure de protection en milieu hospitalier ?

Dans le cadre de la procédure urgente, le Procureur du Roi avise, dans les 24 heures de sa décision, le Juge de Paix du canton où se trouve l'établissement psychiatrique. Le magistrat fixe alors la date de sa visite à la personne qui doit se situer dans les dix jours du dépôt de la requête. Lors de cette audience, il entend la personne, assistée obligatoirement de son avocat et éventuellement d'une personne de confiance, qui peut par exemple être un membre de la famille ou le médecin traitant. Le cas échéant, un médecin expert désigné par le magistrat ou sollicité par le malade sera également entendu. Le médecin choisi par le malade pourra consulter le dossier médical en présence d'un médecin du service.

*In fine*, le Juge de Paix jugera la mesure de protection non fondée ou ordonnera la mise en observation de la personne dans un établissement qu'il désigne. La durée ne peut excéder 40 jours.

Dans la procédure ordinaire, le Juge de Paix rend visite au "malade" et statue lors d'une audience selon les mêmes modalités que celles décrites ci-dessus. La liberté du malade ne sera donc pas restreinte avant toute éventuelle décision de mise en observation de la personne dans un établissement psychiatrique.

## Quelles sont les suites possibles de la mise en observation ?

Au terme fixé par le Juge de Paix, la mise en observation prend fin sauf si l'état du malade justifie son maintien au-delà de cette période. Dans cette situation, un rapport circonstancié du médecin chef de service, mettant en évidence cette nécessité, doit parvenir au Greffe de la Justice de Paix compétente quinze jours avant l'expiration du délai fixé. Dès lors, une nouvelle audience sera tenue par le Juge de Paix qui peut, éventuellement, décider du maintien de la mesure dont la durée maximale est de deux ans (renouvelable).

Pendant le maintien, le malade peut être transféré d'établissement ou encore bénéficier d'une mesure de postcure.

## Quelles sont les modalités de la postcure ?

Il s'agit d'une décision prise par le médecin chef de service qui, durant la période de maintien, autorise le patient à poursuivre son traitement hors du service psychiatrique désigné en précisant les conditions de résidence (domicile, habitation protégée, communauté thérapeutique, etc.), de traitement médical (tutelle médicale assurée par un psychiatre ou un médecin traitant), ou d'aide sociale. La durée maximale de la postcure est d'une année, sans pouvoir dépasser la durée fixée pour le maintien.

## Quand la mesure de protection prend-elle fin ?

- A tout moment par décision du médecin chef de service ;
- Par décision du Procureur du Roi tant que le Juge de Paix n'a pas statué ;
- Par décision du Juge de Paix à chaque audience prévue par la loi ou lors d'une révision sollicitée par le malade ou toute autre personne intéressée ;
- De plein droit à l'échéance de la mise en observation ou du maintien ;
- Suite à une décision de justice dans le cadre de recours (appel, cassation).

Ces termes prévus par le législateur et les procédures d'appel garantissent au malade une hospitalisation contrainte dont la justification est susceptible d'être débattue à plusieurs moments de son décours.

## LA MESURE DE PROTECTION EN MILIEU FAMILIAL

### Quel est son objet ?

Dans cette situation, le législateur a permis d'offrir un cadre de soins contraints au malade, tout en ne le privant pas de sa liberté, et ce, pour autant que son état le permette.

Le plus généralement, un milieu familial est entendu comme étant un lieu dans lequel le malade se sent comme dans sa famille (famille, communauté thérapeutique, habitation protégée, etc.).

### Quelle est la spécificité de cette procédure ?

Le Juge de Paix donne mission à une personne déterminée de veiller sur le malade et à un médecin de le traiter. Comme dans le cadre du traitement en milieu hospitalier, la mesure sera jugée pour une période de 40 jours, éventuellement suivie d'un maintien. Le médecin traitant reçoit le malade ou lui rend visite régulièrement, et lui dispense, ainsi qu'à la personne désignée pour veiller sur lui, tout conseil et instruction. Il adresse au Juge de Paix au moins une fois l'an un rapport dans lequel il déclare avoir prodigué les soins requis. Il donne également son avis sur la nécessité de

maintenir la mesure de protection. Force est de constater que le recours à cette mesure est peu utilisé suite notamment à la difficulté rencontrée pour nombre de familles d'assumer une telle prise en charge.

## ROLE DU GENERALISTE DANS L'APPLICATION DE LA LOI

Dans les situations de crises psychiatriques, le généraliste interviendra, bien souvent, **en première ligne**. Confronté à une demande pressante de l'entourage, il devra évaluer, le plus sereinement possible, la réponse qu'il convient d'apporter.

### A qui le généraliste peut-il faire appel pour l'assister ?

Son intervention s'appuiera bien évidemment sur la connaissance qu'il a de la personne, de son histoire personnelle, de ses antécédents psychiatriques et de ses interactions avec son environnement. Au travers de ces éléments, il pourra apprécier si la demande s'inscrit dans une situation de crise nécessitant une prise en charge spécialisée et immédiate. Afin de conforter son évaluation, le généraliste peut faire appel à des intervenants susceptibles, par ailleurs, de l'éclairer sur le champ des alternatives et des ressources thérapeutiques existantes.

Ainsi, il existe en région bruxelloise, un **service "Eole"** ( tél. 02 223 75 52), recherche action initiée par des services de santé mentale et le réseau Iris. Il offre un appui téléphonique aux professionnels de la santé lors de situations d'urgence et de crise en santé mentale.

### Quels sont les cas de figure possibles ?

1. *L'hospitalisation du patient ne s'avère pas indispensable (états anxieux, dépressifs, évolution psychotique, etc.) mais son état nécessite une prise en charge ambulatoire spécifique :*

**Avec son consentement**, le patient pourra être orienté vers :

- Un service de santé mentale ou centre de guidance : il offre aux consultants un accueil, un diagnostic et un traitement dans une perspective médicale, psychologique et sociale. Le plus souvent, ces services sont sectorisés.
- Un psychiatre privé, une structure intermédiaire proposant un suivi ambulatoire (ou résidentiel) tel qu'un centre de jour, une initiative d'habitations protégées, etc. ou encore une structure spécialisée dans le traitement d'usagers de drogues.

Dans d'autres situations, le généraliste estimera pouvoir assurer la prise en charge mais demandera le soutien d'un travailleur social (CPAS, maison de quartier, etc.) ou encore d'un service de soins psychiatriques à domicile.

**Si le patient refuse les soins** mais que son état permet le maintien dans son milieu de vie : le généraliste envisagera avec l'entourage, le cas échéant,

si une mesure de protection légale s'impose. Dans ce cas, une requête sollicitant une décision de soins en milieu familial sera déposée auprès du Juge de Paix (art. 23).

2. *L'hospitalisation du patient s'avère nécessaire mais peut être différée :*

**Si le patient y consent**, le généraliste prendra les contacts utiles pour faire admettre son patient dans un service psychiatrique d'hôpital général (troubles somatiques associés) ou dans un hôpital psychiatrique. Les procédures d'admission divergent selon les hôpitaux, mais le plus souvent un ou deux entretiens de candidature sont souhaités.

**En cas de refus de soins**, le généraliste évaluera avec soin si l'état mental de son patient est tel que les critères de la loi de 1990 sont remplis. La procédure ordinaire sera alors mise en œuvre par le dépôt d'une requête auprès du Juge de Paix compétent (art. 5).

3. *L'hospitalisation psychiatrique est urgente :*

**Si le patient consent** et à défaut de place disponible dans un service psychiatrique d'hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique, le généraliste s'adressera à un service d'urgences psychiatriques ou à une unité de crise. Une telle unité peut accueillir un patient pendant un maximum de 72 heures. Grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, ce délai peut permettre l'apaisement de la crise ou encore, être mis à profit pour chercher une solution adaptée à la problématique.

Si le patient met en péril sa vie ou celle d'autrui et **qu'il refuse les soins**, le généraliste peut s'en ouvrir au Procureur du Roi qui, le cas échéant, sollicitera un second avis spécialisé en vue d'une mise en observation urgente (art. 9).

Le médecin généraliste traitant peut, de plus, être impliqué à **d'autres étapes de la mesure de protection** : accompagnement du malade pendant le séjour hospitalier, tutelle médicale durant la postcure ou lors de soins en milieu familial, etc.

## CONCLUSION

Depuis le début de l'application de la loi, les intervenants concernés (soignants, médecins, magistrats, avocats, associations d'usagers et de familles, etc.) se concertent en divers lieux tant en ce qui concerne les modalités de son fonctionnement que les améliorations qu'il conviendrait d'y apporter au bénéfice premier des patients.

Ainsi, l'augmentation récurrente des mesures de protection et ce, dans les trois régions du pays, est particulièrement préoccupante. La décision de mise en observation d'une personne est grave, d'autant plus qu'elle implique une restriction de sa liberté. Dès lors, cette loi se doit d'être appliquée de la façon la plus rigoureuse qui soit, afin d'éviter toute dérive sécuritaire et la médicalisation de situations relevant du judiciaire ou du social. L'optimisation de la prise en charge thérapeutique ambulatoire, la qualité de l'expertise ainsi que le recours parcimonieux de la mise en observation

# Protection de la personne des malades mentaux

Loi du 26 juin 1990 (Art. 1 à 22)

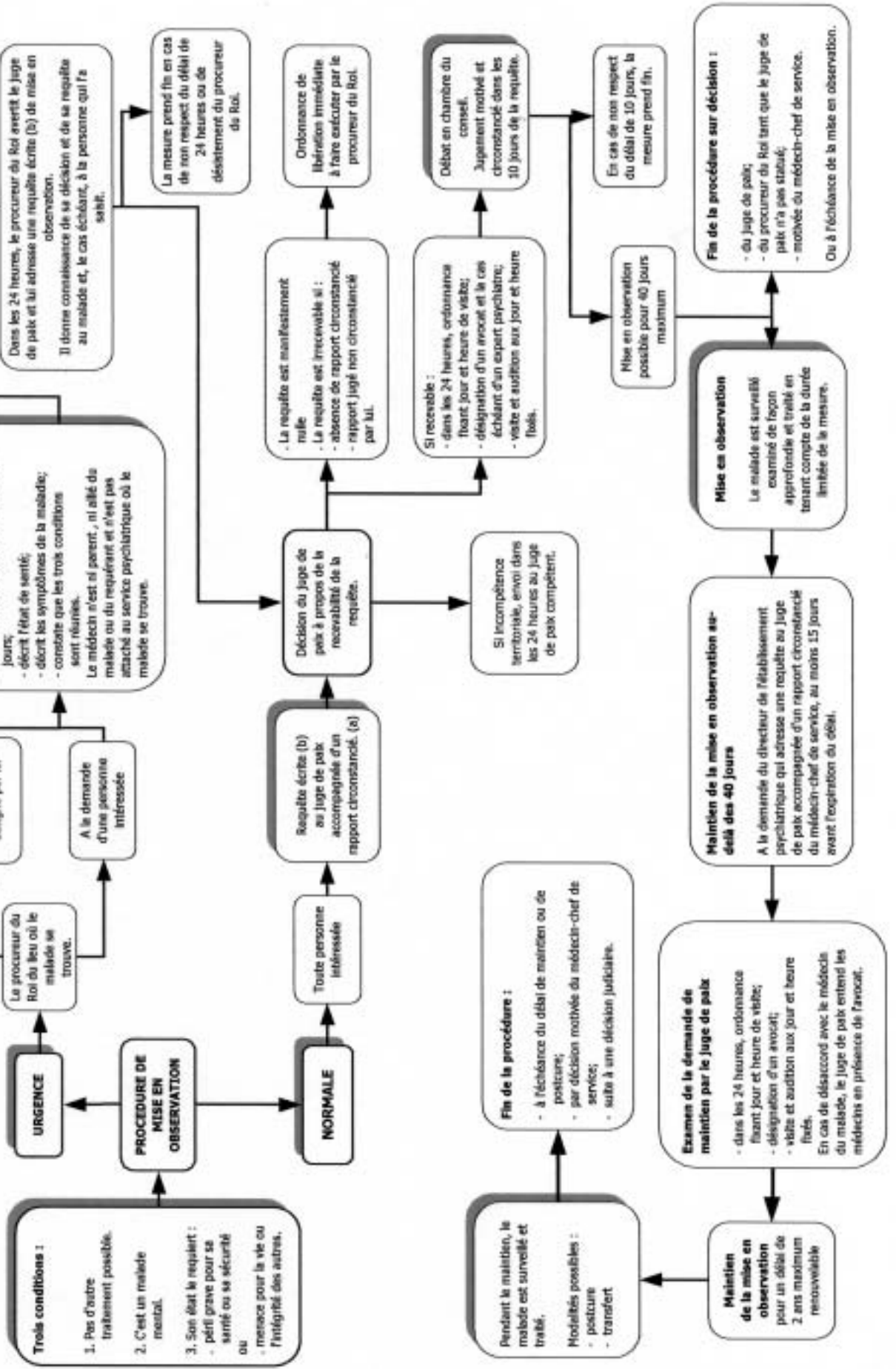


Figure : Protection de la personne des malades mentaux.

dans le cadre de la procédure urgente, sont donc essentiels.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Nys H : La médecine et le droit.  
Louvain, Kluwer, Editions Juridiques, 1995 : 228
2. Taminiaux W, Ministre de l'Action sociale, du Logement et de la Santé, Ethique et Psychiatrie.  
Gouvernement Wallon, Belgique, 1994 : 13
3. Projet de loi, Doc. Parl., Sénat, 1988-1999 ; 733 : 2, 12
4. Pelc I, De Buck R, Lecompte D : Les critères psychiatriques et psychosociaux d'application de la loi. In : Benoit G, Brandon I, Gillardin J, eds. Malades mentaux et incapables majeurs, Emergence d'un nouveau statut civil, Bruxelles.  
Facultés Universitaires Saint-Louis, 1994 : 185
5. Plate Forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale : Commentaires et remarques autour du " livre blanc " (CDBI du Conseil de l'Europe) concernant la protection des droits de l'homme et la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées comme

patients involontaires dans un établissement psychiatrique, septembre 2000

6. Declercq M, Ector F, Troch S, Herbaux S, Hoyois Ph : Les limites du concept de dangerosité. Cahiers de Psychologie Clinique n° 5. Louvain-la-Neuve, De Boeck Université, 1995 ; 2 : 274
7. Plate-forme de concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale : La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Commentaires et réflexions du groupe de travail " Mise en observation – Intervention ", décembre 2000 ; 17 et son annexe 2 (figure).

### Correspondance et tirés à part :

E. STILLEMANS  
Centre Hospitalier Jean Titeca  
Rue de la Luzerne 11  
1030 Bruxelles

Travail reçu le 6 mai 2004 ; accepté dans sa version définitive le 13 juillet 2004.