

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale  
de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,  
7500 Tournai

**SECTION : Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie**

---

**APPROCHE SOIGNANTE EN SANTE MENTALE ET  
PSYCHIATRIE : METHODOLOGIE SPECIALE**

Cours appartenant à l'U.E. 1 (1)

**APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES SPÉCIALES**

Jean-François LALLEMAND.

 [jfl@lereservoir.eu](mailto:jfl@lereservoir.eu)

# Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie : Approche soignante en santé mentale et psychiatrie : méthodologie spéciale

## PROGRAMME

A partir de situations concrètes de soins en milieu psychiatrique amenées par le chargé de cours et/ou les étudiants, l'étudiant sera capable :

- ◆ de développer une démarche d'observation fine et d'analyse (utilisation de grilles d'observation, d'évaluation ...) en vue de repérer des indices pertinents de l'état psychique du patient ;
- ◆ *en s'appuyant sur l'utilisation de techniques d'observation, d'intervention et d'évaluations spécifiques*, de proposer des attitudes ou des actions à adopter ;
- ◆ *en s'appuyant sur le plan de soins, les rapports d'expertise psychologique et psychiatrique, les divers éléments fournis par l'équipe pluridisciplinaire*, de proposer des activités soignantes spécifiques ;
- ◆ de situer son intervention au regard de la déontologie, de l'éthique et des droits des patients.

## CAPACITES TERMINALES / ACQUIS D'APPRENTISSAGE

Pour atteindre le **seuil de réussite**, à partir d'une situation concrète de soins en milieu psychiatrique amenée par le chargé de cours ou par l'étudiant avec l'aval du chargé de cours, l'étudiant sera capable :

- ◆ de collecter les données, les analyser et les interpréter ;
- ◆ de proposer et de planifier des activités soignantes spécifiques qui s'inscrivent dans le programme de soins psychiatriques en y intégrant les aspects relationnels soignant/soigné ;
- ◆ d'argumenter sa proposition.

Pour la détermination du **degré de maîtrise**, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ la qualité de l'expression orale et/ou écrite ;
- ◆ la précision du vocabulaire utilisé ;
- ◆ la cohérence de l'argumentation.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AESP/CNUP, Référentiel de Psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie, - Tours, Université François Rabelais, 2014

AESP/CNUP, L'examen clinique psychiatrique standardisé, c'est possible ! - Coll. (Ali Amad, Pierre A. Geoffroy, Jean-Arthur Micoulaud-Franchi, David Bensamoun, Farid Benzerouk, Hugo Peyre, Antoine Yroni, Clélia Quilès, Thomas Fovet), Elsevier Masson, 2018

BERGERET J. & al., Abrégé de psychologie pathologique, Masson, 2008 (10<sup>ème</sup> édition)

CHABROL Cl., RADU M., Psychologie de la communication et persuasion, De Boeck, 2008



# I. Approche ciblée de la notion de méthodologie de l'observation.

## 1. Introduction.

Application : Rapidement quels sont les éléments observés spontanément sur cet ancien document



photographique publicitaire ?

En confrontant nos observations, on peut donc distinguer :

- les données OBJECTIVES :
  - ♦ mesurables - qui ont un début et une fin, sont dénombrables
  - ♦ observables - qui sont donc perçues par l'un de nos cinq sens
- les données SUBJECTIVES : interprétations personnelles non vérifiables liées au ressenti, aux expériences et au vécu de chacun

A l'instar d'une formule bien connue dans nos salles de soins psychiatriques, « M. Gilbert est tout triste aujourd'hui » ... mais que cache ce mot ? Est-il quantifiable ou mesurable ?

## 2. L'introspection.

*Historiquement c'est la première méthode d'analyse de la psychologie scientifique, celle-ci étant définie comme "la science des états de conscience".*

*Le psychologue pratique l'introspection lorsqu'il demande à lui-même ou au sujet de saisir ses états de conscience dans une situation donnée et de la rapporter verbalement.*

*De nombreuses critiques ont été adressées à la méthode provenant surtout des promoteurs de la psychologie objective. Ceux-ci voulaient fonder la psychologie sur l'observation extérieure des conduites. La faiblesse principale de l'introspection est la difficulté de répliquer les constatations : il est impossible de réaliser plusieurs fois les mêmes conditions d'observation et de vérifier ainsi la fidélité des observations d'un observateur à l'autre. D'autre part, la relation verbale par le sujet lui-même de ses propres états de conscience constitue rarement une relation fidèle du phénomène perçu, mais plutôt la reconstruction post hoc de celui-ci à son terme. Une critique behavioriste est plus fondamentale encore : l'introspection confond les conditions internes (propres au sujet) et les conditions externes (issues de l'environnement) des phénomènes.*

*Le langage étant le seul moyen de communication des introspectionnistes empêche aussi l'application de la méthode avec de tout jeunes enfants, avec certains psychoses ou en psychologie animale.*

Malgré ces critiques, l'introspection ne peut être évincées des techniques psychologiques. Il existe des situations où elle est irremplaçable, si l'on cherche à se renseigner par exemple sur la façon dont le sujet voit la situation. Quand on demande au sujet de donner son avis ou ses impressions sur un événement qu'il vient de subir (par exemple une expérience sociale) ou qu'il va subir (par exemple une décision de vote) ou quand on étudie les représentations mentales, on fait appel à la méthode introspective. De nombreux raffinements ont d'ailleurs été apportés à l'introspection pour lui donner un statut scientifique : on pense en particulier à la méthode de réflexion parlée et à l'observation du champ représentatif (De Ketele, 1977).

Quelques illustrations : autour de l'évaluation de la symptomatologie dépressionnaire

A. Le self-rating depression scale de W. W. Zung (1965)

	Jamais ou rarement	De temps en temps	Une bonne par- tie du temps	La plupart du temps
1. Je me sens blessé et triste				
2. Je me sens le mieux le matin				
3. Je pleure ou j'ai des envies de pleurer				
4. Je ne dors pas bien la nuit				
5. Je mange autant que d'habitude				
6. Le sexe m'intéresse encore				
7. Je remarque perdre du poids				
8. J'ai des ennuis de constipation				
9. Mon coeur bat plus vite que d'habitude				
10. Je me sens fatigué sans raison				
11. Mes pensées sont aussi claires que d'habitude				
12. Je trouve facile de faire les choses que j'ai l'habitude de faire				

	Jamais ou rarement	De temps en temps	Une bonne par- tie du temps	La plupart du temps
13. Je suis agité et je ne peux rester tranquille				
14. J'ai de l'espoir pour l'avenir				
15. Je suis plus irritable que d'habitude				
16. Je trouve facile de prendre des décisions				
17. Je me sens utile et nécessaire				
18. Ma vie est agréablement pleine				
19. Je pense que d'autres se sentiraient mieux si j'étais mort				
20. J'aime encore les choses que j'avais l'habitude de faire				

B. L'inventaire de dépression de A. T. Beck (1960)

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état. À la fin du test, cliquez sur "Total" au bas du questionnaire pour avoir votre résultat.

- 0- Je ne me sens pas triste.
  - 1- Je me sens triste.
  - 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
  - 3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.
- 
- 0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.
  - 1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.
  - 2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.
  - 3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.
- 
- 0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).
  - 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
  - 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
  - 3- Je suis un(e) raté(e).

- 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
- 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
- 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
- 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
- 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1- Je me sens coupable une grande partie du temps.
- 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
- 3- Je me sens constamment coupable.
- 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
- 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
- 2- Je m'attends à être puni(e).
- 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).
- 0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
- 1- Je suis déçu(e) de moi-même.
- 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
- 3- Je me hais.
- 0- Je ne crois pas être pire que les autres.
- 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.
- 2- Je me blâme constamment de mes défauts.
- 3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
- 0- Je ne pense jamais à me tuer.
- 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
- 2- J'aimerais me tuer.
- 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
- 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
- 1- Je pleure plus qu'autrefois.
- 2- Je pleure constamment.
- 3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
- 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.

- 1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
- 2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
- 3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
- 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
- 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
- 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
- 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
- 1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
- 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
- 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
- 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
- 1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
- 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
- 3- Je crois que je suis laid(e).
- 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
- 1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
- 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
- 3- Je suis absolument incapable de travailler.
- 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
- 1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
- 2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
- 3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
- 2- Un rien me fatigue.
- 3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 0- Mon appétit n'a pas changé.
- 1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.

- 2- Mon appétit a beaucoup diminué.
- 3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
- 1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
- 2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
- 3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).
- 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
- 1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.
- 2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
- 3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
- 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
- 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
- 3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.
- 

### **Interprétation rapide :**

01 - 10: Hauts et bas considérés comme normaux.

11 - 16: Troubles bénins de l'humeur (mais corrections à apporter).

17 - 20: Cas limite de dépression clinique.

21 - 30: Dépression.

31 - 40: Dépression grave.

Plus de 40: Dépression extrême.

Il est utile, pour évaluer les progrès, de procéder à cet auto-examen chaque semaine jusqu'à amélioration...

### 3. L'observation.

*L'observation intervient dans un grand nombre de situations. Au cours d'un entretien par exemple, on peut relever les paroles prononcées, les hésitations, les blocages et les silences, les mimiques, etc... L'observation a lieu aussi lors de la passation de tests, comme le relevé des silences.*

*Signalons la procédure courante de demander à une tierce personne de dire ce qu'elle observe chez le sujet : on demande par exemple à la maman de dire comment l'enfant organise ses devoirs à domicile.*

### Les types d'observation.

### *(1) L'observation libre*

Il s'agit d'une observation de sujets réalisée dans leur milieu naturel ou quasi naturel. Elle touche à tous les aspects de la personnalité des personnes observées.

C'est à ce type d'observation que les formateurs se réfèrent le plus souvent pour étayer les appréciations qu'ils portent sur leurs stagiaires (qualités personnelles, attitudes et goût ou travail, difficultés rencontrées et type d'aide qu'ils réclament). Les indices comportementaux jouent un rôle privilégié dans la mesure où ils guident les jugements qui sont inférés à partir des conduites observées chez les élèves.

L'observation libre est donc une stratégie pratiquée en cours de processus, sans plan préétabli. Néanmoins, elle joue un rôle fondamental car elle donne un feedback qui est immédiatement exploitable dans la conduite de la formation.

### *(2) L'observation systématique*

A la différence de l'observation qui se pratique en l'absence d'un plan conscient et de critères opérationnels, l'observation systématique oriente l'attention de l'observateur vers des catégories de comportements précisées au préalable.

Cette observation peut s'opérer à l'aide de moyens divers tels que des grilles d'observation, des check-lists, des feuilles de notation, des listes de comportements indicateurs, etc.

Application : Il a été demandé à un étudiant éducateur spécialisé, en stage en milieu hospitalier psychiatrique, d'établir une grille d'observation qui permette d'évaluer de manière précise et rapide l'autonomie d'une personne (enfant, adolescent, adulte ou personne âgée, handicapé ou non, malade ou pas).

Quelles sont ici les imperfections de la grille ? Quelles sont les difficultés dans l'utilisation de cet outil ? A-t-on une vue holistique de la personne observée ?

Quelles critiques émettre ? Quelles améliorations pourraient être apportées ?

Attention ! Ceci est un travail perfectible produit par un étudiant éducateur

**Développement de l'autonomie en unité d'hébergement**  
 Enfant - adulte - personne âgée (avec ou non un handicap mental ou physique)

Consigne: Cocher dans l'une des colonnes suivantes -  
 B = Bon si le comportement est acquis  
 M = Moyen si le comportement est acquis partiellement ou avec difficulté  
 Ma = Mauvais si le comportement n'est pas acquis

	B.	M.	Ma.
Le lever.			
Avec réveil			
Après appel			
Après plusieurs sollicitation			
Contrôle sphinctérien.			
Contrôle de l'inériorité: jour			
Contrôle de l'encoprésie: nuit			
Utilisation adéquate des toilettes ( chasse d'eau, papier U.C.)			
Hygiène corporelle.			
Se lave seul			
Se essuie seul			
Se brosse les dents			
Se coiffe seul			
Habille ment.			
Reconnait ses vêtements			
S'habille seul (enfile ses vêtements convenablement et dans le bon ordre).			
Soutonne ses vêtements			
Met ses chaussures au bon pied			
Lace ses chaussures			
Comportement à table.			
Tenue et propreté			
Bonne utilisation du couvert			
façon de boire			
façon de manger			
Autonomie (se sert dans les plats, beurre sa tartine)			
Autonomie ( dans les activités quotidiennes).			
Fait son lit			
Prépare son déjeuner			
Lave sa vaisselle			
Débarasse sa table et la nettoie			
Ränge son linge			

**Déplacements.**

Dans l'institution: seul  
 accompagné  
 Al'extérieur: seul  
 accompagné d'un camarade  
 accompagné d'un adulte

	B.	M.	Ma.

**Comportement à table.**

C. Correct.  
 I. Incorrect.

- Hygiène avant le repas
- Propreté dans la façon de manger
- Utilisation des couverts
- façon de boire
- façon de manger
- Autonomie ( beurrer sa tartine,  
couper sa viande)
- Contrôle de ses préférences ou  
de ses répulsions

Pour améliorer et préciser l'observation, on utilise parfois des échelles d'observation dont les points sont rigoureusement définis.

Exemple: pour préciser des conduites agressives.

se met en colère sans raison apparente	
a des réactions brusques et imprévisibles	
fait preuve de violence verbale	
utilise sa force physique pour s'imposer	
etc.	

Il suffit à l'observateur de cocher la phrase correspondant à ce qu'il constate. Dans ce genre d'échelle, il est parfois utile de laisser une ligne en blanc pour décrire une situation non prévue dans l'échelle.

Autre exemple relatif à l'attention:

1<sup>è</sup> période 2<sup>è</sup> ...

attentif dans toutes les activités			...
attentif dans ce qui lui plaît			...
moyennement attentif			...
difficultés de concentration			...
distraction, instabilité			...

Dans l'observation directe, en classe par exemple, on cherche à connaître les stimuli qui précèdent la conduite étudiée et les événements qui la suivent, précisant ainsi le contexte dans lequel la conduite se manifeste.

Comme il est impossible à un observateur de tout noter, on peut procéder à l'aide de repères qui peuvent être :

- 1) la fréquence de la conduite : on note par exemple chaque fois qu'un élève quitte son banc ou frappe un condisciple, chaque blocage d'un enfant bègue, etc. On peut connaître ainsi, avec précision, l'intensité d'une conduite déviante ou la gravité d'un problème ;
- 2) la durée de la conduite : dans certains cas l'observation portera sur le temps total de manifestation du comportement. Dans une observation dite "par intervalle", on établit la proportion du temps pendant laquelle la conduite a lieu. Si, par exemple, on désire observer pendant dix minutes la manifestation d'un tic facial chez un enfant on divisera d'abord la période totale d'observation en 20 intervalles de 30 secondes, et on notera, pour chacune de ces unités de temps, la présence ou l'absence du tic ;
- 3) un échantillon de temps : dans l'exemple du tic, on note si le comportement se produit à la fin d'un intervalle de temps : l'observation du client se fera seulement pendant ce court laps de temps, ce qui ne nécessite pas une observation continue et libère l'observateur qui peut noter d'autres comportements.

Pour s'assurer de la fiabilité de l'observation brute, on sollicite plusieurs juges indépendants (au moins deux) et on calcule le pourcentage d'accords entre eux.

### (3) l'observation holistique

La personne ou l'objet observé est évalué en situation, par un ou plusieurs évaluateurs, sans aucun critère explicite, mais plutôt par un mécanisme d'impression globale.

Le cas le plus connu est celui des jurys qui sont chargés dans les écoles normales d'évaluer les futurs enseignants, dans le cadre des "leçons d'examen".

Beaucoup de maîtres sont soumis lors de leur nomination ou promotion, à des "pratiques" évaluatives qui se déroulent selon la même routine : quelquefois l'observation n'est faite que par une seule personne (l'inspecteur, le directeur de l'école), ce qui augmente les risques d'erreur liée à la subjectivité de l'observation (d'autant plus que l'observateur est pressé et qu'il n'apprécie pas toujours ce genre de mission).

### (4) l'auto-observation

Au contraire de l'introspection qui visait des états de conscience, l'auto-observation est l'observation que fait le sujet de son propre comportement. Les spécialistes de l'analyse comportementale font appel à une méthode semblable, en fournissant à leurs sujets des moyens précis et systématiques d'observer et de noter la fréquence ou la durée des comportements inadaptés.

L'auto-observation a comme premier but de rendre le sujet attentif à ses propres conduites déviantes car l'homme n'est pas naturellement un observateur systématique et fidèle de ses comportements (beaucoup de nos conduites sont en effet automatiques telles que les actes nécessaires à la conduite d'une voiture).

*L'auto-observation sert non seulement à préciser la nature et l'importance des problèmes mais possède aussi une valeur thérapeutique : la fréquence de la conduite étudiée se modifie souvent dans un sens favorable. C'est ainsi que l'on a pu réduire des obsessions, des insomnies, des sentiments de persécution, etc.*

#### Applications :

Amener le patient boulimique à noter scrupuleusement les aliments consommés et leurs types, l'heure et donc le moment voire l'endroit de consommation.

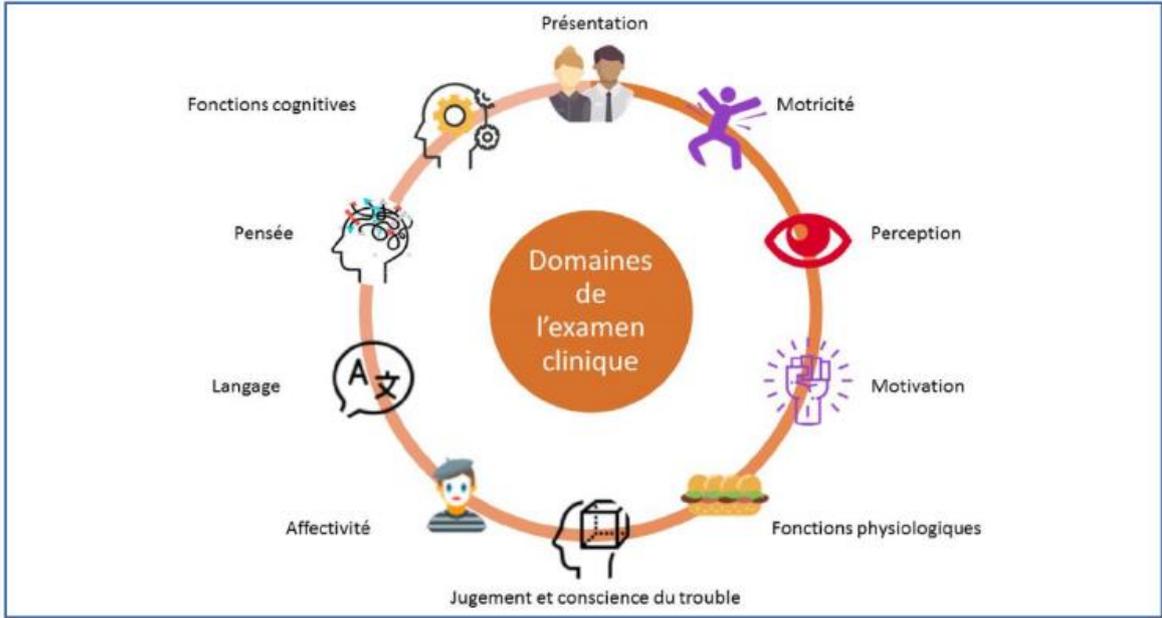
Amener le patient insomniaque à noter l'heure du coucher et l'heure du lever, les réveils successifs pour satisfaire un besoin hydrique, d'élimination ou sexuel.

#### 4. L'utilisation de techniques d'observation, d'intervention et d'évaluations spécifiques.

L'attitude attendue d'un intervenant en service psychiatrique est basée sur le respect du patient, y compris dans les hospitalisations sous contrainte. Ce dernier est régulièrement conduit à évoquer des éléments d'intimité ou des sources de détresse, parfois en présence de son/sa partenaire de vie, devant sa famille, l'attitude se doit donc de respecter les grands principes suivants :

- Ecoute attentive avec implication avec en filigrane le respect ;
- Discrétion et préservation de la confidentialité des entretiens et autres observations ;
- Regard *positif inconditionnel\** : sollicitude sans jugement, acceptation de la différence ;
- Sentiment de sécurité et de prise en charge holistique ;
- *Empathie\**, soit l'aptitude du soignant à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec ses composantes émotionnelles et les significations s'y rapportant, comme s'il était cette autre personne, en gardant à l'esprit le '*comme si*'\* »;
- Authenticité ou *congruence\**; (\*) C. R. ROGERS (1902-1987)
- Compétences : savoir, savoir-faire et savoir-être.

L'objectif de l'approche psychiatrique est de repérer signes et symptômes psychiatriques saillants pour établir un diagnostic qui permettra de réaliser une prise en charge adaptée. Ainsi, un objectif de l'observation réalisée est aussi d'établir une alliance avec le patient. Il est important que le patient puisse ressortir d'un entretien, avec le sentiment qu'il a trouvé un intérêt dans l'évaluation clinique réalisée : il a été compris et entendu par le soignant. La façon dont a été exploré son problème de santé mentale lui a permis de se le représenter de manière plus adéquate et moins anxieuse. Cette satisfaction du patient favorisera la mise en place du traitement, d'un suivi thérapeutique adapté, et renforcera l'observance thérapeutique.



## Observation médicale en psychiatrie

### Identification de l'examinateur

Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_

### Identification du patient

Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Fonction : \_\_\_\_\_

### Motif de consultation ou d'hospitalisation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Antécédents

- Nom du médecin généraliste traitant : \_\_\_\_\_
- Nom du psychiatre référent : \_\_\_\_\_
- Autres médecins référents impliqués dans la prise en charge : \_\_\_\_\_
- Antécédents Personnels :
  - o Psychiatriques :
    - Pathologies connues (date du diagnostic / date de début):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Hospitalisations (date, lieu et mode) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Tentatives de suicide (nombre, circonstances, moyens utilisés, sévérité), gestes auto ou hétéro-agressifs :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- o Addictologiques :

- Alcool (type, nombre de verres, unités standards par jour, et début des troubles) :  
\_\_\_\_\_
- Tabac (paquets-années, et date de début des troubles) :  
\_\_\_\_\_
- Autres (cannabis, cocaïne, héroïne, médicaments, etc.) :  
\_\_\_\_\_

- o Médicaments non psychiatriques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- o Chirurgicaux :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- o Gynéco-obstétricaux (grossesses, FCS, IVG, etc.) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- o Allergiques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- **Antécédents familiaux :**

- o Psychiatriques et addictologiques (pensez aux suicides et tentatives de suicide) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- o Autres :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Traitements habituels (en précisant la posologie et l'observance)**

- Pharmacologiques :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Non-pharmacologiques (Electroconvulsivothérapie, rTMS, psychothérapie, lumbinothérapie, autre) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Biographie**

- Situation professionnelle / Ressources financières :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Logement :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Situation familiale / entourage social et niveau d'isolement :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Mesure de protection des majeurs (sauvegarde/curatelle/tutelle) :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Histoire de la maladie

Cette section peut être plus ou moins détaillée selon les contextes. Dans un cadre où il est important d'être exhaustif on pourra explorer :

- **Histoire développementale :**

	Oui	Non
Complications de la grossesse et de l'accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prématurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible poids de naissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à l'alcool ou à d'autres toxiques pendant la grossesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à certains médicaments pendant la grossesse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faible niveau socio-économique des parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situations de carences affectives précoces ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Âge parental élevé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retard des acquisitions développementales ou trouble des apprentissages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques : \_\_\_\_\_

- **Histoire des symptômes :** (premiers symptômes selon les symptômes ex : dépressifs, maniaques hallucinatoires, anxiété, troubles du sommeil), contexte d'apparition de ces symptômes, réaction par rapport à ces symptômes) : \_\_\_\_\_

- **Éléments concernant la prise en charge** (âge de début, hospitalisation antérieures, traitements utilisés, effets/réactions aux traitements, récidive) : \_\_\_\_\_

#### Histoire de la pathologie actuelle :

- o Mode de prise en charge de la pathologie actuelle : \_\_\_\_\_
- o Facteurs de stress récents identifiés par le patient (aigus ou chroniques répétés : rupture, surmenage, perte d'emploi, stress, traumatisme [accident, agression]) : \_\_\_\_\_
- o Facteurs liés à la consommation de substance psychoactive (intoxication aiguë ou sevrage) : \_\_\_\_\_
- o Facteurs iatrogéniques (nouveau traitement, interaction médicamenteuse, contexte de surdosage/sous-dosage) : \_\_\_\_\_
- o Symptômes spontanément identifiés (motif de consultation) (ordre de survenue, mode d'installation (brutal ou insidieux), signification que le patient leur apporte) : \_\_\_\_\_

## Entretien psychiatrique

### Sémiologie descriptive

Pour commencer l'entretien des questions générales peuvent être posées :

- « Pour commencer, je voudrais avoir une idée des problèmes qui vous ont préoccupé au cours du mois qui vient de s'écouler. Quelles ont été vos principales difficultés ? »
- ou « Quel problème ou difficultés vous ont amené ici (aux urgences/ à l'hôpital) / en consultation ? »
- En cas de propos trop brefs on peut dire : « pouvez-vous me dire davantage de choses à ce propos »
- Si le sujet n'a rien à ajouter « y-a-t-il d'autres choses qui vous ont troublé »
- Propos difficilement compréhensibles « pouvez-vous m'expliquer ce que vous entendez par ... ? »
- Propos trop vagues : « pourriez-vous me donner un exemple de... ? » ou « pouvez-vous précisez pour que je me rende compte de... ? »
- Absence de réponse : « pourquoi êtes-vous venu à l'hôpital ? »
- Présentation et contact :

<b>Allure</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Extravagante ou bizarre	<input type="checkbox"/>
<b>Contact</b>	Normal	<input type="checkbox"/>	Réticence	<input type="checkbox"/>
<b>Hygiène corporelle</b>	Bonne hygiène corporelle	<input type="checkbox"/>	Incurie	<input type="checkbox"/>
<b>Mimique</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Hypomimie ou amimie	<input type="checkbox"/>
<b>Activités psychomotrices</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Diminué (faiblissement psychomoteur : bradykinésie, voire cataplexie, négativisme)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Excessive (Accélération psychomotrice, instabilité agitative, hyperkinésie, tachinésie, ataraxie)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Hypermimie	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Dysmimique (sourires immobiles, mimique non adaptée à la situation, paroxysme, ectonimie)	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Inadaptées (bizarres, maniérisme, parabolés, ectoparade, ectohésité, stéréotypies)	<input type="checkbox"/>

Notes :

---



---



---



---

### Langage et pensée

#### Exemples de questions :

- Parvenez-vous à penser clairement ?
- Est-ce que vos pensées ont tendance à être ralenties ou embrouillées, ou au contraire accélérées ?
- Avez-vous été capable de vous concentrer ces derniers temps ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que quelque'un vous espionnait, ou complétait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?
- Avez-vous déjà cru que quelque'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certains personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?
- Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?

<b>Dynamique du langage</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Diminués (rauceté du discours, discours non spontané, réponses lacunaires, lances de réponses, voix mutisme, bradykinésie)	<input type="checkbox"/>	Augmentée (logorrhée, vaine verbalisation, tachyphémie)
<b>Dynamique de la pensée</b>	Normal	<input type="checkbox"/>	Diminué (bradypsychie, ralentissement de la pensée, monotonisme, oligie)	<input type="checkbox"/>	Augmenté (tachypsychie, fuite des idées, saut à l'aise, association par assonance)
<b>Forme du langage</b>	Normal	<input type="checkbox"/>	Altération phonétique (prosodie diminuée, augmentée, dysprosodie,)	<input type="checkbox"/>	Altération lexicosémantique (néologismes, schizophasie, échouille, palliologie, manque de mot)
<b>Forme du discours</b>	Normal	<input type="checkbox"/>	Diffusent (pensée tangentielle, circumlocutoire, digressive, vague, sans tête directrice)	<input type="checkbox"/>	Altération de la continuité (falsety, barrage)

notes :

---



---

- Perception :

Exemples de questions :

- À présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.
- Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?
- Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?

	Oui	Non
Hallucinations auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres sens (Olfactives, Gustatives, Gémésiques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations intrapsychiques (perte de l'unicité psychique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illusions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

notes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Attention et mémoire

- Orientation temporo spatiale :

- Attention

- o Diminué : hypoprosexie / distractibilité
- o Augmenté : hyperprosexie, hypervigilance

- Mémoire :

- o Episodique : amnésie des événements passés, paramnésie
- o De travail : oubli spontané, erreur, perte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- o Contenu du discours et de la pensée

	Oui	Non
Idees delirantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soucis et inquietudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obsessions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reviviscences, flashback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idees phobiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idees liees a une anxiété anticipatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idees liees a l'humeur dépressive (négatives, dévalorisation, incurie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idees liees a l'humeur exaltée (positive, de grandeur d'optimisme démesuré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idee de morts / idee de suicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▪ Description spécifique En cas d'idées délirantes :

- Thème (persécution, grandeur, mystique, de filiation, somatique, érotomaniaque, d'influence, de référence)

- Mécanisme (interprétatif, hallucinatoire, intuitif, imaginatif)

- Systématisation (organisation et cohérence)

- Adhésion (conviction et critique)

- Retentissement émotionnelle et comportemental

- Evolution aigue ou chronique

▪ Autre :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Affectivité :**

Exemples de questions :

- Vous êtes-vous déjà senti particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?
- Vous sentez-vous parfois exceptionnellement gai et heureux de vivre, sans raison particulière ?
- Vous sentez-vous parfois tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?
- Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?

<b>Émotions</b> (réponses affectives immédiates à un stimulus)	Normale	<input type="checkbox"/>	Diminuées (hypoémotivité affective, voire anesthésie affective)	<input type="checkbox"/>	Plus intenses (hyperreactivité émotionnelle, instabilité émotionnelle)	<input type="checkbox"/>	Discordant (réaction émotionnelle inappropriée, paradoxale, imprévisible)
<b>Humeur</b> (état affectif persistant dans le temps)	Normale (Euthymie)	<input type="checkbox"/>	Diminuée (hypothymie, humeur dépressive)	<input type="checkbox"/>	Augmentée (hyperthymie, humeur exaltée)	<input type="checkbox"/>	Labile (humeur changeante rapidement)
	Anhédonie	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>			

- **Comportement**

- o Compulsions :

---



---



---

- o Évitements :

---



---



---

- o Suicidaire (recherche de moyens létaux et degré d'intentionnalité):

---



---



---

- o Interpersonnel

<b>Comportement interpersonnel</b>	Normal	<input type="checkbox"/>	Diminué (éloignement, retrait social, voir assailli)	<input type="checkbox"/>	Désinhibé (rudesse, familiarité, hostilité, réticence, contrôle des impulsions altérées)	<input type="checkbox"/>	Inadapté (bizarrie comportementale)
------------------------------------	--------	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	-------------------------------------

- **Fonctions physiologiques :**

Exemples de questions :

- Avez-vous eu bon appétit ces derniers temps ?
- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ce mois dernier ?
- Avez-vous eu l'impression de manquer d'énergie, d'être plus lent dans vos mouvements ?
- Avez-vous constaté un changement dans vos intérêts sexuels ?

<b>Alimentation</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Anorexie	<input type="checkbox"/>	Hyperphagie	<input type="checkbox"/>
<b>Sommeil</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Insomnie	<input type="checkbox"/>	Hyper-sommeilance	<input type="checkbox"/>
<b>Sexualité</b>	Normale	<input type="checkbox"/>	Baisse du désir ou de l'excitation	<input type="checkbox"/>	Augmentation du désir ou de l'excitation	<input type="checkbox"/>

notes :

---



---



---

- **Évaluation du jugement et de la conscience du trouble**

---



---



---

- **Évaluation du risque suicidaire**

- o Risque (antécédents personnels et familiaux, événements de vie, facteur de risque, facteur protecteur) :

---



---



---

- o Urgence (scénario suicidaire) :

---



---



---



- o Dangersité (moyen létal et accessibilité à ce moyen)

- o Evaluation globale : risque faible  moyen  élevé

- Examens complémentaires déjà réalisés :

**Examen physique**

- Les constantes :

Pression artérielle : \_\_\_\_\_

Fréquence cardiaque : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

IMC : \_\_\_\_\_

Température : \_\_\_\_\_

- Examen neurologique :

- Examen cardiologique :

- Examen pneumologique :

- Examen urologique :

- Examens divers (palpation thyroïde, ... ) :

**Conclusion :**

A partir de cette analyse sémiologique quelles sont les hypothèses pouvant être formulées en prenant en compte les connaissances a priori (épidémiologie, connaissances médicales) et le contexte ?

- o Résumé sémiologique (syndrome anxieux, positif, négatif, désorganisation, dépressif, (hypomaniaque, suicidaire, etc.):

- o Evaluation de la gravité du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif

- o Hypothèses diagnostiques hiérarchisées :

- Conduite à tenir :

- o Prise en charge immédiate :
  - o Orientation du patient : (suivi ambulatoire, hospitalisation en soins libres, en soins sans consentement...)





### ECHELLE ABREGEE D'APPRECIATION PSYCHIATRIQUE (B.P.R.S.)

7 - Extrêmement important  
6 - Important  
5 - Assez important  
4 - Moyen  
3 - Peu  
2 - Très peu  
1 - Absent

1. Préoccupations somatiques. Intensité des préoccupations actuelles sur la santé physique. - Estimer combien sa santé physique préoccupe le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes.

2. Anxiété. Inquiétude, crainte ou préoccupations exagérées concernant le présent ou l'avenir. - Ne considérer que ce que le malade rapporte lui-même de ses expériences subjectives. - Ne pas déduire l'anxiété de signes physiques ou de système de défenses névrotiques.

3. Retrait affectif. Manque de contact avec l'interlocuteur, inadaptation à la situation d'entretien. - A quel degré le patient donne-t-il l'impression de ne pouvoir établir un contact affectif au cours de l'entretien ?

4. Désorganisation conceptuelle. Degré de confusion, d'incohérence, de désorganisation des processus idéiques. - Estimer les troubles au niveau de la production verbale. - Ne pas se baser sur l'impression que le malade peut avoir du niveau de son fonctionnement mental.

5. Sentiments de culpabilité. Préoccupations exagérées ou remords à propos d'une conduite passée. - Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité, celles que le malade décrit et dans un contexte affectif approprié. - Ne pas déduire l'existence de sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou de défenses névrotiques.

6. Tension. Manifestations physiques et motrices de la tension, "nerveuxité" et fébrilité. - Faire l'estimation seulement d'après les signes somatiques et le comportement moteur. - Ne pas se baser sur les sentiments de tension que le malade dit ressentir.

7. Maniérisme et attitude. Comportement moteur inhabituel, du type de ceux qui font remarquer un malade mental dans un groupe de gens normaux. - Estimer seulement la bizarrerie des mouvements. - Ne pas tenir compte ici d'une simple hyperactivité motrice.

8. Mégalomanie. Suresstimation de soi-même, conviction d'être extraordinairement doué et puissant. - Faire l'estimation seulement d'après ce que le malade déclare, soit de son propre statut, soit de sa position par rapport aux autres. - Ne pas la déduire de son comportement au cours de l'entretien.

9. Tendances dépressives. Découragement, tristesse. - Estimer seulement l'importance du découragement. - Ne pas le déduire d'un ralentissement global ou de plaintes hypochondriaques.

### ECHELLE ABREGEE D'APPRECIATION PSYCHIATRIQUE (B.P.R.S.) (suite)

7 - Extrêmement important  
6 - Important  
5 - Assez important  
4 - Moyen  
3 - Peu  
2 - Très peu  
1 - Absent

10. Hostilité. Animosité, mépris, agressivité, dédain pour les autres en dehors de la situation d'examen. - Faire l'estimation seulement d'après ce que dit le malade de ses sentiments et de son comportement envers les autres. - Ne faire déduire l'hostilité des défenses névrotiques, de l'anxiété ou de plaintes somatiques. - (L'attitude envers l'interlocuteur sera notée sous la rubrique "non coopération").

11. Méfiance. Croyance (déliante ou autre) que des gens ont, ou ont eu dans le passé, des intentions, ou mauvaises ou de rejet, envers le malade. - Ne faire porter l'estimation que sur les soupçons que le malade, d'après ses dires, entretient actuellement, que ces soupçons concernent des circonstances présentes ou passées.

12. Comportement hallucinatoire. Perceptions sans objet. - Ne faire porter l'estimation que sur les expériences survenues au cours de la semaine écoulée, signalées comme telles par le malade, et décrites comme étant nettement différentes de la pensée et de l'imagination normales.

13. Ralentissement moteur. Baisse de la sthénie apparaissant dans la lenteur du mouvement et du débit du discours, dans une réduction du tonus, dans la rareté du geste. - Faire l'estimation seulement d'après l'observation du comportement du malade. - Ne pas tenir compte de l'idée que le sujet a de sa propre sthénie.

14. Non-coopération. Signes manifestes de résistance, d'inimitié, de ressentiment et de manque d'empressement à coopérer avec l'interlocuteur. - Faire l'estimation seulement d'après l'attitude et les réponses du malade par rapport à l'interlocuteur et pendant l'entretien. - Ne pas tenir compte du mécontentement ou du refus de coopérer se manifestant en dehors de l'entretien.

15. Pensées inhabituelles. Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. - Estimer l'étrangeté. - Ne pas tenir compte de la désorganisation du cours de la pensée.

16. Emoussement affectif. Réduction du tonus émotionnel, impression d'un manque de sensibilité ou de participation affective.

17. Excitation. Elevation de la tonalité émotionnelle, agitation, réactions plus vives. - Tenir compte d'une précipitation excessive dans le débit des paroles et de l'elevation du ton.

18. Désorientation. Confusion entre personnes, lieux et successions d'événements. - Tenir compte des impressions d'irréalité, de peur diffuse, et des difficultés de compréhension d'une situation banale.

Ici, l'objectif du chapitre était donc de développer une démarche d'observation fine et une démarche d'analyse (utilisation de grilles d'observation et autres grilles d'évaluation en vue de repérer des indices pertinents de l'état psychique du patient.

## II. Zoom sur le plan de soins, sur l'expertise psychologique et psychiatrique.

### 1. Le plan de soins.

Le plan de soins ici visé touche à la symptomatologie dépressive.

Un rapide rappel autour de la notion de dépression :

Les dépressions:

**Endogène** liée à une affection ou un dysfonctionnement interne (hypothyroïdie, tumeur cérébrale) et non à une cause externe particulière : sont observées des anomalies au niveau d'au moins deux neurotransmetteurs, la noradrénaline et la sérotonine  
**Psychogène** liée à une pathologie psychiatrique de départ (manico-dépression, alcoolisme)  
**Exogène** en réaction à un événement extérieur (deuil, mariage d'un enfant, accouchement)

**Symptômes** : dysphorie (tristesse, sentiment d'abandon et d'inutilité) inhibition et perte d'intérêts, troubles du sommeil (asthénie, hypersomnie, sommeil irrégulier), baisse libidinale, troubles de l'appétit (boulimie, anorexie), plaintes somatiques, anxiété manifeste, conduite suicidaire

**Traitements** : chimiothérapie à antidépresseur, thérapie de soutien, psychothérapie analytique, narcothérapie

Cas particulier : *la dépression saisonnière*

Les plus fréquentes se situent à l'automne et en hiver, elles sont liées aux trop courtes périodes de lumière. Ses caractéristiques spécifiques s'axent en premier sur une grande fatigue ressentie, en deux sur une hypersomnie en découlant et en trois sur un grand appétit principalement dirigé vers le sucre. Le traitement consiste dans ce cas de figure à s'exposer quotidiennement et pendant un temps donné à une lampe émettant une lumière blanche dans un certain faisceau de longueurs d'onde.

La personne doit présenter au moins 5 des 9 symptômes suivants pour une durée d'au moins 15 jours, la plupart du temps, entraînant un changement dans le mode de fonctionnement habituel, dont au moins un des deux premiers.

- Humeur triste : humeur dépressive observée pratiquement toute la journée, décrite comme plus intense que la douleur d'un deuil. La personne est sans joie et opprimée, parfois elle est incapable de percevoir tout sentiment. En général, l'humeur est au pire le matin.
- Anhédonie : perte marquée des centres d'intérêts habituels et des plaisirs qui leur sont liés. Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés. Tout semble monotone et vide, y compris les activités habituellement gratifiantes.
- Modification involontaire du poids avec éventuellement modification récente de l'appétit. Prise ou perte de 5 % ou plus du poids habituel en 1 mois.
- Insomnie ou hypersomnie pratiquement quotidienne.

- Trouble de la concentration ou du processus de décision.
- Agitation ou bradypsychie rapportée par l'entourage.
- Asthénie avec perte d'énergie, sensation de fatigue.
- Sentiment de culpabilité hypertrophié souvent injustifié et lié à l'autodépréciation.
- Idées noires, idées suicidaires actives avec ou sans plan spécifique ou tentative de suicide.

#### Quelques notions lexicales rapides :

- **Anhédonie** : se caractérise par l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes. Cette incapacité s'associe souvent à un sentiment de désintérêt diffus, et s'observe tant dans la dépression que la schizophrénie.
- **Asthénie** : [*sthénie* (force, vigueur) et *a-* privatif] est un affaiblissement de l'organisme, fatigue physique. Par extension, elle peut concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect. Attention, en médecine générale, 50 % des patients se plaignent d'asthénie. L'enjeu d'une consultation est de faire la différence entre une fatigue généralisée, bien souvent réactionnelle à un stress chronique, physique et/ou psychique (la lassitude, parfois secondaire à une maladie générale), et un véritable signal d'alarme d'un processus physiopathologique spécifique.
- **Apragmatisme** : tendance à l'inertie dans les conduites sociales avec désintérêt pour les activités habituelles, négligences corporelles, clinophilie.
- **Bradypsychie** : (opposé à la **Tachypsychie**) est le ralentissement du cours de la pensée présent dans le pôle dépressif. Il s'associe à une certaine asthénie générale et psychomotrice.
- **Clinophilie** : tendance chez un sujet à rester alité, et cela pendant des heures durant.
- **Mélancolie** : est une affection mentale caractérisée par un état dépressif grave, un sentiment d'incapacité, une absence de goût de vivre pouvant souvent conduire au suicide.
- **Dyspepsie** : difficulté à digérer.

### PHOTOGRAPHIE DES TROIS DOMAINES CLINIQUES

Pathologies, déficiences, ou situation de dépendance : signes et symptômes	Complications liées à la pathologie et aux effets secondaires de traitement	Réactions humaines physiques et psychologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Humeur triste</li> <li>▶ Anhédonie</li> <li>▶ Modification involontaire du poids</li> <li>▶ Insomnie ou hypersomnie</li> <li>▶ Trouble de la concentration ou du processus de décision</li> <li>▶ Agitation</li> <li>▶ Bradypsychie (rapportée par l'entourage)</li> <li>▶ Asthénie avec perte d'énergie, sensation de fatigue</li> <li>▶ Sentiment de culpabilité hypertrophié</li> <li>▶ Idées noires, idées suicidaires</li> <li>▶ Perturbation du concept de soi</li> <li>▶ Préoccupations somatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Risque majeur de passage à l'acte autoagressif, par levée des inhibitions</li> <li>▶ Passage à l'acte autoagressif, par levée des inhibitions</li> <li>▶ Risque d'installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie</li> <li>▶ Installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie</li> <li>▶ Risque de sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage</li> <li>▶ Sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage</li> <li>▶ Risque de dépendance psychique et/ou physique (alcool, tabac, médicaments, hospitalisation...)</li> <li>▶ Dépendance psychique et/ou physique (alcool, tabac, médicaments, hospitalisation...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Perturbation de la dynamique familiale</li> <li>▶ Perturbation des interactions sociales et/ou professionnelles</li> <li>▶ Non-adhésion à la prise en soins</li> </ul>

## PLAN DE SOINS TYPE

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Humeur triste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleurs</li> <li>• Propos morbides</li> <li>• Dévalorisation</li> <li>• Idées négatives</li> <li>• Ruminations</li> <li>• Désespoir</li> <li>• Chagrin</li> <li>• Colère</li> <li>• Pas de perception de sentiment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription de traitement thérapeutique</li> <li>• Prescription de suivi ambulatoire infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien de recueil de données</li> <li>• Écoute active</li> <li>• Entretien de clarification</li> <li>• Reformulation</li> <li>• Évaluation clinique</li> <li>• Évaluation du risque suicidaire</li> <li>• Évaluation de l'observance et de l'efficacité du traitement</li> <li>• Entretien de soutien thérapeutique</li> <li>• Entretien de relation d'aide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de soulagement et d'être compris après l'entretien</li> <li>• Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois</li> <li>• Absence des données de l'humeur triste</li> <li>• Verbalisation de projets quotidiens et à long terme, application des projets, vision optimiste de l'avenir, reprise des contacts et des liens sociofamiliaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cf. Protocole sur le risque suicidaire (CHA)</li> <li>• Cf. Formation « Approche relationnelle » (Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), formateur Maurice Liegeois</li> <li>• Cf. Protocole « Prise en charge de la douleur morale » (CHA)</li> </ul>
<b>Anhédonie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apragmatisme, repli sur soi, isolement, clinophilie, refus des activités, perte de l'élan vital, sentiment d'incurabilité, sentiment d'inutilité, asthénie, tenue vestimentaire négligée ou inappropriée</li> <li>• Perte marquée des centres d'intérêts habituels et des plaisirs qui leur sont liés</li> <li>• Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés</li> <li>• Tout semble monotone et vide y compris les activités habituellement gratifiantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription d'ergothérapie en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien de négociation à visée stimulante</li> <li>• Évaluation des ressources de la personne</li> <li>• Réactivation des motivations</li> <li>• Mise en adéquation de l'activité avec le potentiel de la personne</li> <li>• Valorisation des efforts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois</li> <li>• Absence des données de l'anhédonie</li> <li>• Reprise des activités avec goût et assiduité</li> <li>• Verbalisation des projets, de perspective de reprise de travail, de vie familiale</li> </ul>	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Modification involontaire du poids</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise ou perte de poids</li> <li>• Prise ou perte de 5 % ou plus du poids habituel en 1 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription diététicien, nutritionniste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesée, suivi avec courbe de poids et IMC</li> <li>• Éducation infirmière alimentaire</li> <li>• Accompagnement possible consultation diététicienne, éducation alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité du traitement entre 1 et 6 mois</li> <li>• Stabilité du poids, rapport IMC amélioré</li> <li>• Maintien d'une meilleure hygiène de vie alimentaire</li> </ul>	
<b>Insomnie ou hypersomnie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnie totale ou partielle, sommeil perturbé</li> <li>• Endormissements difficiles, liés à l'anxiété et aux ruminations anxieuses</li> <li>• Réveils difficiles liés à la perte de sens, à l'anhédonie</li> <li>• Raccourcissement de la durée du sommeil lié au début de l'hypomanie (symptôme de l'épisode maniaque du trouble bipolaire) et à l'anxiété</li> <li>• Hypersomnie liée au traitement</li> <li>• Impression de ne pas être reposé</li> <li>• Perturbation du rythme nyctéméral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription sophrologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation de l'observance thérapeutique et du respect des doses</li> <li>• Activités relaxantes avant le coucher et activités « dynamisantes » diurnes</li> <li>• Éducation sur l'hygiène de vie et le respect du rythme nyctéméral</li> <li>• Écoute active et aide à la verbalisation</li> <li>• Rappel de l'intérêt de la prescription médicale et du suivi sophrologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité du somnifère</li> <li>• Reprise du rythme nyctéméral correct</li> <li>• N'exprime plus de plainte liée aux troubles du sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cf. Formation « Thérapies brèves », formateur Yves Doutrélugne</li> <li>• La sonnette d'alarme pour évaluer le risque de passer du côté hypomane est le réveil précoce avec une durée de sommeil inférieure à 6 heures</li> <li>• Site Internet : <a href="http://www.laconferencehippocrate.com">www.laconferencehippocrate.com</a></li> </ul>
<b>Trouble de la concentration et du processus de décision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nervosité, hésitation</li> <li>• Fuite des idées, obnubilation, imperméabilité au discours de l'autre</li> <li>• Conflit décisionnel, absence d'affirmation de soi, manque de confiance en soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription d'un suivi psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien psychologique</li> <li>• Entretien de clarification, de réassurance dans ses choix</li> <li>• Écoute active aide à la verbalisation</li> <li>• Soutien psychologique</li> <li>• Aide à la prise décision</li> <li>• Thérapies brèves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrive à se concentrer sur une activité, sur une durée plus intense</li> <li>• Prend des initiatives</li> <li>• Envisage de reprendre une activité</li> <li>• Prend de l'assurance dans les choix et dans les actes</li> <li>• Envisage une sortie d'hospitalisation</li> </ul>	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Agitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agitation psychomotrice</li> <li>Virulence verbale</li> <li>Agressivité physique</li> <li>Passage à l'acte auto ou hétéroagressif</li> <li>Scarification</li> <li>Mutilation</li> <li>Déambulation</li> <li>Souffrance psychique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription de sédatif PO ou intramusculaire, avec ou sans prescription de mise en chambre d'isolement, selon le cas</li> <li>Évaluation du risque suicidaire</li> <li>Hospitalisation selon modalité spécifique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En hospitalisation, sécuriser l'environnement proche du patient</li> <li>Intervention psychologique et physique si nécessaire</li> <li>Écoute, empathie, reconnaissance de la souffrance, dédramatisation, créer une atmosphère sécurisante, propice à l'expression de la souffrance, aide à la verbalisation</li> <li>Évaluation du risque suicidaire</li> <li>Surveillance de la mise en isolement</li> <li>Réalisation intramusculaire avec surveillance de l'efficacité du traitement et des effets secondaires potentiels</li> <li>En suivi ambulatoire infirmier et suivi CMP : appel au médecin et/ou secours pour orientation, organisation pour conduite à tenir, hospitalisation</li> <li>Si possible, entretien de négociation en collaboration familiale et médicale, pour gestion d'hospitalisation selon les modalités possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retour au calme</li> <li>Verbalisation</li> <li>Explication de son geste</li> <li>Relativise et critique</li> <li>Accepte l'aide extérieure</li> <li>Rassuré</li> <li>Meilleure gestion des fluctuations thymiques</li> <li>Stratégie d'adaptation individuelle améliorée</li> <li>Dialogue restauré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cf. Protocole « Mise en chambre d'isolement » (CHA)</li> <li>Cf. Formation « Gestion de la violence » (CHA)</li> </ul>
<b>Bradypsychie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passivité</li> <li>Clinophilie</li> <li>Perte d'initiative</li> <li>Lenteur d'idéation</li> <li>Lenteur et pauvreté du discours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription d'ateliers thérapeutiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stimulations</li> <li>Entretien de thérapie brève</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accepte l'aide extérieure</li> <li>Rassuré</li> <li>Meilleure gestion des fluctuations thymiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cf. Formation « Thérapies brèves »</li> <li>Cf. Formation « APIC : Approche Préventive et Intervention Contrôlée »</li> </ul>

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Bradypsychie</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégie d'adaptation individuelle améliorée</li> <li>Dialogue restauré</li> </ul>	
<b>Asthénie avec perte d'énergie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adynamie matinale</li> <li>Aboulie</li> <li>Fatigue sans rapport avec l'effort physique</li> <li>Abattement général</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription d'ergothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergothérapie en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou en hospitalisation de jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reprise des actes de la vie quotidienne (lever, toilette, repas, entretien de ses effets)</li> <li>Adhésion au traitement et observance thérapeutique correcte</li> <li>Respect des activités planifiées et prise d'initiative</li> <li>Reprise du rythme nyctéméral</li> <li>Sentiment de plaisir retrouvé</li> <li>Demande de sortie d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La fatigue cède au repos à l'inverse de l'asthénie » (<a href="http://www.pharmclin.uhp-nancy.fr">www.pharmclin.uhp-nancy.fr</a>)</li> <li>L'asthénie psychique traduit le plus souvent un état névrotique ou dépressif : désintérêt ou manque d'énergie pour effectuer les actes de la vie courante. Elle nécessite une consultation médicale (<a href="http://www.laconferecehippocrate.com">www.laconferecehippocrate.com</a>)</li> </ul>
<b>Sentiment de culpabilité majoré</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perturbation des interactions familiales</li> <li>Rumination des erreurs passées</li> <li>S'impute des échecs</li> <li>Propos pessimistes</li> <li>Autoaccusation excessive</li> <li>Dévalorisation</li> <li>Négativisme</li> <li>Sentiment d'impuissance</li> <li>Recherche de confirmation de son incompétence</li> <li>Doute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription d'ateliers de médiation thérapeutique</li> <li>Musicothérapie</li> <li>Prescription de suivi CMP et/ou suivi infirmier ambulatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien de soutien</li> <li>Valorisation</li> <li>Entretien orienté vers les solutions</li> <li>Déculpabilisation</li> <li>Travail sur la dynamique familiale</li> <li>Clarification du rôle, place et fonction</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prend conscience du rôle, de sa place et de sa fonction au sein de sa famille</li> <li>Comprend les dysfonctionnements de la dynamique familiale</li> <li>Diminution du sentiment de culpabilité</li> <li>Relativise avec sentiment nouveau de responsabilités partagées</li> <li>Sentiment d'apaisement</li> <li>Modification de ses croyances personnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Culpabilité : État plus ou moins angoissé et morbide d'une personne qui se sent coupable de quelque chose ; comportement qui en découle et que caractérisent principalement des réactions d'agressivité projetée chez autrui ou dirigée contre soi-même dans l'autopunition, l'autoaccusation et l'autodestruction (<a href="http://www.cnrtl.fr">www.cnrtl.fr</a>)</li> </ul>

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Idées noires, idées suicidaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rumination et verbalisation des propos de mort</li> <li>Expression de volonté de mettre fin à ses jours</li> <li>Tentative avortée de suicide</li> <li>Interrogation sur l'intérêt de vie</li> <li>Impulsion destructrice</li> <li>Perte de contrôle émotionnel</li> <li>Mutisme</li> <li>L'ultime issue est la mort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocole de mise en chambre d'isolement</li> <li>Si possible entretien de négociation en collaboration familiale et médicale, pour gestion d'hospitalisation selon modalités possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observance du traitement</li> <li>Évaluation du risque suicidaire</li> <li>Surveillance, sécurisation de la personne et de son entourage</li> <li>Aider à la verbalisation, désamorcer la crise</li> <li>Pour le suivi ambulatoire infirmier et suivi CMP : appel au médecin et/ou secours pour orientation, organisation pour conduite à tenir, hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de passage à l'acte</li> <li>Ouverture de la réflexion vers d'autres solutions</li> <li>Écoute perméable</li> <li>Autocritique satisfaisante</li> <li>Contrat de confiance établi pour la verbalisation</li> <li>Prise de décision constructive avec ou sans soutien psychologique</li> <li>Apaisement</li> <li>Optimisme et projection constructive</li> <li>Sourire</li> </ul>	
<b>Perturbation de l'estime de soi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propos dévalorisants envers soi</li> <li>Sentiment d'inutilité, d'incapacité</li> <li>Perte des valeurs et des croyances</li> <li>Recherche du sens de la vie</li> <li>Refus de se regarder dans un miroir</li> <li>Abus de drogue, d'alcool</li> <li>Refus d'engagement dans des responsabilités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription de thérapie de médiation corporelle</li> <li>Relaxation</li> <li>Sophrologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien de clarification, d'évaluation et de soutien psychologique</li> <li>Établissement d'une relation de confiance</li> <li>Aide à l'acceptation d'être soigné</li> <li>Aide à l'exploration des ressources et des forces, à verbaliser ses attentes, à mener ses activités</li> <li>Thérapies brèves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meilleure objectivité vis-à-vis du présent, du passé et du futur</li> <li>Modification de ses croyances personnelles avec réajustement de ses valeurs et de ses conduites</li> </ul>	
<b>Préoccupation somatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dyspepsie</li> <li>Sensation vertigineuse</li> <li>Affection médicale générale</li> <li>Troubles végétatifs</li> <li>Préoccupation permanente de la santé du corps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription d'un suivi spécifique médical et/ou infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance des effets secondaires, des paramètres vitaux</li> <li>Écoute et reconnaissance de la préoccupation somatique</li> <li>Information à visée anxiolytique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration, stabilisation ou rémission de la symptomatologie somatique</li> <li>État d'esprit plus ouvert à la communication verbale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>À différencier de la personnalité hypochondriaque et de la conversion hystérique</li> </ul>

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Préoccupation somatique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Douleurs dorsales, Précordiales</li> <li>Céphalées</li> <li>Douleurs cervicales, des membres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation sur le médecin traitant pour complément de soins ou d'examen spécifiques</li> <li>Prescription de thérapie de médiation corporelle</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité à s'autoriser d'autres orientations vers des solutions thérapeutiques</li> </ul>	
<b>Risque majeur de passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lié à : <ul style="list-style-type: none"> <li>majoration de l'anxiété liée à la pathologie</li> <li>levée des inhibitions sur l'inobservance thérapeutique</li> <li>traitement inadapté</li> <li>absence d'anxiolytique avec un antidépresseur</li> <li>arrêt brutal de traitement</li> <li>survenue d'un évènement de vie négatif</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consultation médicale et traitement si besoin et/ou possibilité d'hospitalisation</li> <li>En hospitalisation : mise en chambre d'isolement si besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire verbaliser</li> <li>Entretien infirmier</li> <li>Observation des manifestations anxieuses</li> <li>Échelle d'évaluation du risque suicidaire</li> <li>Éducation sur l'observance thérapeutique</li> <li>Surveillance de la prise de traitement</li> <li>Surveillance intensive du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de passage à l'acte</li> <li>Diminution de l'anxiété</li> <li>Verbalisation productive avec autocritique</li> <li>Diminution du score d'évaluation du risque suicidaire</li> </ul>	
<b>Passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentative d'autolyse : pendaison, intoxication médicamenteuse massive, ingestion de corps étrangers, scarifications, phlébotomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptation de la prise en charge en fonction des données</li> <li>Orientation vers un psychologue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptation de l'environnement avec sécurisation des personnes et mise à distance des objets dangereux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libération des tensions, des pleurs</li> <li>Ouverture aux dialogues et confessions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans l'instauration du traitement antidépresseur, vers le 14<sup>e</sup> jour, ressenti possible d'une levée d'inhibition entraînant un passage à l'acte autoagressif, autolytique ou altruiste (M. Godfryd. <i>Les maladies mentales de l'adulte</i>. Paris : PUF, 2011)</li> </ul>

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Risque d'installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lié :               <ul style="list-style-type: none"> <li>à l'inefficacité ou l'absence de traitement,</li> <li>au rejet ou l'incapacité à la mise en place d'une relation de soutien (familial, professionnel, social, thérapeutique)</li> <li>à la non-observance du programme thérapeutique et/ou du traitement prescrit</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réajustement thérapeutique et/ou possibilité d'hospitalisation</li> <li>Thérapies brèves</li> <li>Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpeller le médecin, observation clinique, évaluation</li> <li>Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE</li> <li>Mise en place d'aides et prestations de services à domicile</li> <li>Prise en charge de la douleur morale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration thymique</li> <li>Acceptation de la relation de soutien et de l'étayage thérapeutique multiprofessionnel</li> <li>Adhésion aux hospitalisations séquentielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mélancolie est un trouble de l'humeur caractérisé par un état dépressif, un sentiment d'incapacité, une absence de goût de vivre pouvant, dans les cas les plus graves, conduire au suicide. Toutefois cette définition est contestée car elle serait un avatar de la modernité.</li> <li>Cf. Protocole « Prise en charge de la douleur morale » (CHA)</li> </ul>
<b>Installation dans la chronicité pouvant aller jusqu'à la mélancolie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mélancolie</li> <li>Apathie</li> <li>Apragmatisme</li> <li>Aboulie</li> <li>Clinophilie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi CMP et suivi infirmier en visite à domicile</li> <li>Prescription d'hospitalisations séquentielles</li> <li>Travail en partenariat avec famille, auxiliaire de vie, IDE</li> <li>Sismothérapie éventuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observation clinique</li> <li>Évaluation</li> <li>Stimulation et valorisation des efforts</li> <li>Thérapies brèves</li> </ul>		
<b>Risque de sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lié à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>traitement inadapté ou surconsommation</li> <li>intolérance à la molécule,</li> <li>mauvaise compréhension de l'observance thérapeutique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prescription de bilans sanguins</li> <li>Réajustement thérapeutique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpeller le médecin</li> <li>Surveillance de la conscience, des paramètres vitaux</li> <li>Observation clinique des effets secondaires</li> <li>Si besoin : appel au SAMU ou transfert aux urgences avec pose d'une voie veineuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la vigilance</li> <li>Absence de toxicité et de surdosage</li> <li>Correction de la sédation</li> <li>Conscience bonne</li> <li>Paramètres vitaux corrects et stables</li> </ul>	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Sédation excessive avec diminution de la vigilance, pouvant aller jusqu'à la toxicité ou au surdosage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Baisse de la vigilance</li> <li>Vertiges</li> <li>Difficultés d'élocution</li> <li>Altération de l'état de conscience avec perturbation des paramètres vitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pose de voie veineuse</li> <li>Orientation sur les urgences</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Retour des urgences</li> <li>Conscience : retour à la normale</li> </ul>	
<b>Risque de dépendance psychique et/ou physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lié à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>la prise en charge hospitalière rassurante</li> <li>l'arrêt brutal du traitement anxiolytique ou surconsommation</li> <li>la surconsommation d'alcool, de tabac</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien de thérapies brèves</li> <li>Aménagement des alternatives à l'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Éducation à la demande d'aide et de soutien</li> <li>Information sur les signes précurseurs</li> <li>Travail de collaboration avec l'entourage proche</li> <li>Valorisation systématique des acquis et des efforts</li> <li>Évaluation de l'autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bonne observance du programme thérapeutique</li> <li>Potential de croissance de l'autonomie</li> <li>Étayage sociofamilial efficace</li> </ul>	
<b>Dépendance psychique et/ou physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritabilité</li> <li>Accoutumance</li> <li>Modification du mode de vie, de comportement et de relation à autrui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travail en collaboration avec les services d'addictologies si besoin, CHSCT...</li> <li>Sevrage</li> <li>Thérapies brèves</li> <li>Aménagement des alternatives à l'hospitalisation et/ou au suivi ambulatoire infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thérapies brèves</li> <li>Stimulation et valorisation durant le sevrage</li> <li>Suivi infirmier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autocritique satisfaisante</li> <li>Absence de déni de la dépendance</li> <li>Abstinence (alcool, tabac...)</li> <li>Adhésion aux soins</li> </ul>	

Problèmes de santé et capacités	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision infirmière ou autres paramédicaux	Résultats attendus	Argumentation théorique et fondements scientifiques
<b>Perturbation de la dynamique familiale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation</li> <li>Passage à l'acte</li> <li>Remise en question</li> <li>Syndrome dépressif</li> <li>Méconnaissance de la maladie</li> <li>Préjugés</li> <li>Peur</li> <li>Absence de modèle</li> <li>Incapacité à exercer son rôle parental</li> <li>Altération de la relation conjugale</li> <li>Désintérêt sexuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi spécifique avec psychologue, psychiatre, assistante sociale infirmière libérale, médecin traitant, puéricultrices, PMI, juges des tutelles, enseignants...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entretien de clarification de la dynamique familiale avec éducation et informations sur la pathologie, si besoin</li> <li>Valorisation des fonctions aidantes des personnes clés</li> <li>Thérapies brèves</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration de la dynamique familiale</li> <li>Identification des personnes clés</li> <li>Soutien familial efficace</li> <li>Réajustement des places et rôles de chacun</li> </ul>	
<b>Perturbation des interactions sociales et/ou professionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêt de travail</li> <li>Perte de travail lié à la maladie</li> <li>Repli sur soi</li> <li>Désintérêt verbalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientation vers un(e) assistant(e) du service social en vue d'un emploi adapté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagnements spécifiques aux activités et aux actes de la vie quotidienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reprise progressive de socialisation</li> <li>Reprise des activités, des loisirs</li> </ul>	
<b>Non-adhésion à la prise en soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Refus de diagnostic, de la réalité, de l'hospitalisation proposée</li> <li>Rejet de la psychiatrie</li> <li>Incompréhension de l'intérêt du soin, du traitement, de la visite et de l'hospitalisation</li> <li>Décompensation en cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation possible après consensus médical selon les différents modes possibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information sur les risques/bénéfices du programme thérapeutique et de l'observance thérapeutique pour sa famille</li> <li>Vigilance de l'observance du programme thérapeutique</li> </ul>		

## CHEMIN CLINIQUE

	Extrahospitalier	Psychiatre de liaison	Intrahospitalier
<b>Action en réseau</b>	Entretiens infirmiers : recueil de données et d'évaluation situationnelle et clinique		
	<i>Sur décision infirmière</i> Appel au médecin traitant ou psychiatre pour orientation et conduite à tenir Travail de négociation et d'information avec la famille et/ou le tuteur	<i>Sur décision infirmière</i> Appel au psychiatre de liaison	<i>Sur décision infirmière</i> Selon le degré d'urgence, mise en sécurité et appel au psychiatre
	<i>Organisation en collaboration</i> Appel aux infirmiers CMP et/ou psychiatre de liaison pour prise en charge et accompagnement	<i>Organisation en collaboration</i> Appel aux infirmiers intrahospitaliers en cas d'hospitalisation Appel aux infirmiers C.A.T.P., hôpital de jour (H.D.J.), CMP pour information mutuelle si le patient est connu et déjà suivi	<i>Organisation en collaboration</i> Mise en route des actions infirmières sur prescription et rôle propre Appel aux infirmiers C.A.T.P., H.D.J., CMP pour information mutuelle si le patient est connu et déjà suivi
<b>Soins</b>	Accompagnement et soutien pour le patient et son entourage, avec négociation pour début des soins, et du suivi ambulatoire selon avis médical	Surveillance clinique Entretien d'aide Préparation de la prise en charge	Application des protocoles Surveillance clinique Entretien d'aide Évaluation et mobilisation des ressources de l'entourage
<b>Démarche de soins infirmiers</b>	Fiche de transfert en fonction de la prise en charge		
	Diagramme d'évaluation du risque suicidaire		
	Transcription du suivi ambulatoire en transmissions ciblées	Tenue des feuilles de surveillance clinique spécifiques comme la mise en isolement selon l'évaluation d'un risque potentiel de passage à l'acte (tentative de suicide)	
<b>Entourage</b>	Connaissance des différentes offres de soins pour lui-même et le patient		

En filigrane au plan de soins psychiatriques précédemment exploité, se posent en filigrane les 14 besoins fondamentaux du patient hospitalisé selon V. Henderson (1897-1996)

Ici sont visés les éléments plus typiquement psychologiques...

- Le **besoin de respirer** : la notion de crise d'angoisse.
- Le **besoin de boire et de manger** : la problématique anorexique et boulimique.
- Le **besoin d'éliminer** : les difficultés d'encoprésie et d'énurésie à l'enfance, la colostomie chez l'adulte.
- Le **besoin de se mouvoir** et de maintenir une bonne position : nécessité de se déplacer pour permettre la réalisation d'activités sociales et de maintenir l'équilibre mental.
- Le **besoin de dormir** et de se reposer : les problématiques d'insomnie, d'hypersomnie.
- Le **besoin de se vêtir** et de se dévêtir : la notion de pudeur lors des toilettes, des fonctions d'élimination.
- Le **besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale** : la sensation de chaleur corporelle lors d'un moment de stress.
- Le **besoin d'être propre** et de protéger ses téguments : la sensation de propreté corporelle, élément de bien être en lien avec l'estime de soi, l'image narcissique.
- Le **besoin d'éviter les dangers** : nécessité de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale – le lien avec la toxicomanie, les états de dépendance, la confusion mentale.
- Le **besoin de communiquer** : nécessité de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, d'établir des relations avec autrui – la problématique du laryngectomisé, le bégaiement à l'enfance, la jargonophasie du dément sénile.
- Le **besoin de pratiquer sa religion** et d'agir selon ses croyances : nécessité d'être reconnu comme sujet humain avec un sens de vie, de faire des liens entre événements passés, pour certains de croire en la continuité de l'homme.
- Le **besoin de s'occuper** de façon à se sentir utile et de se réaliser : nécessité d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités – la problématique dépressive.
- Le **besoin de se récréer** : nécessité de se détendre, de se divertir – l'ergothérapie.
- Le **besoin d'apprendre** : nécessité de s'adapter, de maintenir sa santé – la notion d'autonomie, le refus, l'apathie ou la résignation.

La **pyramide des besoins** de A. Maslow (1908-1970) mentionne une hiérarchie des besoins, l'auteur ne la représente jamais sous une forme figée. Au contraire, il montre principalement son aspect dynamique.

Cette pyramide est composée de cinq niveaux. Selon cette théorie, l'homme recherche d'abord à satisfaire les besoins situés aux niveaux inférieurs avant de penser aux besoins situés aux niveaux supérieurs de la pyramide. Ainsi il rechercherait toujours à satisfaire les besoins physiologiques avant les besoins de sécurité.



- Abraham Maslow (1908-1970), revu par Virginia Henderson (1897-1996)

Cette classification peut aussi se retrouver sur trois niveaux :

1. **Besoin primaire** : besoin vital – Besoins physiologiques.

Quelle que soit la société étudiée, il est impossible de s'en passer. Donc... manger, dormir, vivre somme toute.

2. **Besoin secondaire** : besoin social – Besoins de sécurité conjugués aux besoins affectifs.

Il est impossible de se passer de ces besoins pour avoir une vie normale en société. Donc dans les sociétés développées : se laver, posséder une adresse, porter des vêtements en bon état, savoir lire...

3. **Besoin tertiaire** : besoin personnel – Besoin d'estime de soi conjugué au besoin de réalisation de soi.

Besoin qui sert à se sentir bien, à être en bonne santé mentale ou simplement de bonne humeur. Donc : avoir des passe-temps, acheter une certaine marque...

## 2. L'expertise psychologique et psychiatrique.

<p> <b>Docteur X</b> _____  <b>MALADIES NERVEUSES</b>  <b>LICENCIÉ EN CRIMINOLOGIE</b> </p> <p> Mons, le 1<sup>er</sup> janvier 2011 </p> <p> 7000 MONS  Tél. &amp; Fax : 065/35. _____ </p> <p>  </p> <p> Vos réf. : _____  Nos réf. : smz311 </p> <p> Je, soussigné Docteur X _____, neuropsychiatre, requis à titre d'expert par Monsieur A. B _____, Juge d'instruction à Mons, déclare avoir procédé à l'examen mental de S _____ Michel né à Mons, le 21/1/196 _____. </p> <p> Après avoir pris connaissance du dossier et recueilli tous renseignements utiles : </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Décrire la personnalité et l'état psychologique de l'intéressé ;</li> <li>- Dire si l'intéressé était, au moment des faits mis à sa charge, dans un état de trouble mental qui abolissait ou altérait gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;</li> <li>- Dire s'il est encore actuellement dans un de ces états ;</li> <li>- Dire s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;</li> <li>- Dire s'il existe un danger que l'inculpé commette de nouveaux crimes ou délits portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque ;</li> <li>- Dire si l'intéressé peut être traité, suivi, soigné et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société.</li> <li>- Dire s'il est nécessaire de lui imposer une guidance ou un traitement spécialisé.</li> </ul> <p> Je, soussigné D _____, psychologue, requis pour décrire la personnalité de l'intéressé susmentionné, ainsi que de dire s'il y a adéquation entre la personnalité de l'intéressé et les faits de viol et d'attentat à la pudeur suspects. </p> <p> Après avoir pris connaissance du dossier et recueilli tous renseignements utiles, nous avons consigné le présent rapport. </p> <p> Date du réquisitoire : 13/10/2011  Date d'examen de l'intéressé : 19/11/2011. (Dr _____) et 29/11/2011 (D _____)  Avocat : Jean-Edmond M.  Parquet du Procureur du Roi : Mons  Date d'envoi des préliminaires : 1/12/2011  Date de clôture des préliminaires : 16/12/2011  Date de signature du rapport : 1/1/2011 </p> <p> smz311 _____ examen mental de S _____ Michel _____ I </p>	<p style="text-align: center;"><b>LES FAITS</b></p> <p> L'intéressé est impliqué dans des faits de meurtres. </p> <p> <u>Déroulement des faits</u> </p> <p> N _____, Clara, née le 14/02/2003, pratique l'athlétisme au M _____. Elle est entraînée par le nommé S _____ Michel. </p> <p> Le 22/07/2016, sa mère, la nommée B _____ Stéphanie, constate sur le GSM de sa fille une conversation avec le nommé S _____ Michel, à savoir un SMS disant « ta maman est déjà au lit ». Elle avait accepté que S _____ Michel dorme au domicile de la famille la nuit du 16 au 17/07/2016 par facilité afin que B _____ le conduise à l'aéroport le lendemain. </p> <p> La famille N _____ a sympathisé avec S _____ Michel depuis 2014 et S _____ Michel se propose à reconduire N _____, après les cours ainsi qu'à faire des travaux à leur maison. </p> <p> N _____ Clara va déclarer à sa mère son amour pour son professeur après discussion. Elle précise qu'il n'y a aucun rapport sexuel mais une relation depuis le mois de février. La mère constate alors de nombreux messages amoureux sur le GSM de sa fille, à savoir qu'un GSM Samsung blanc a été offert par S _____ Michel à sa fille pour faciliter leurs contacts ainsi que des vêtements de sport. La mère contacte le nommé S _____ Michel et lui demande d'arrêter mais l'intéressé fait d'abord semblant de ne pas comprendre. Il reconnaît ensuite être proche de la jeune fille. </p> <p> En 2005, la nommée Charlotte D _____ est repérée lors d'un cross scolaire à Dour par le nommé S _____ Michel et invitée à s'entraîner au M _____. Le fils de S _____ Michel, le prénomé A _____ est amoureux de l'intéressée. D'autre part, lors d'une sortie à Walilb, S _____ Michel fait du pied à Charlotte. </p> <p> S _____ Michel va proposer à la mineure de la prendre et de la ramener dans des entraînements. D'autre part, il va lui payer des recharges téléphoniques afin qu'elle soit continuellement contactable. A partir de décembre 2005, il envoie des messages à toute heure du jour et de la nuit à la mineure. Il stipule qu'il est triste et que sa femme est lesbienne, et qu'il va faire une bébête. Il offre divers présents et sert de chauffeur, passant des journées avec elle. Il la serre souvent dans ses bras, l'embrasse dans le cou et sollicite des baisers sur la bouche. Lors des entraînements, et notamment les étirements, des gestes à connotation sexuelle sont évoqués. Lors d'une séance de cinéma, la mineure s'endort et constate que S _____ Michel passe sa main dans son dos et dans sa culotte, sur ses fesses. Elle va alors tenter de prendre de la distance et demande à ses parents de la conduire aux entraînements. Il va alors lui envoyer des menaces de suicide par SMS. </p> <p> À noter que l'intéressé va être exclu du club de sport de Dour à l'époque. </p> <p> N _____ Clara par contre, affirme avoir eu une relation sexuelle le 17/03/2016 avec S _____ Michel. Un message est retrouvé : « Il est venu puis il m'a ému dans un bois et il a dit qu'il voulait vraiment faire l'amour avec lui. Je l'ai fait. Il n'a pas été violent, mais j'ai eu mal. ». Ce message avait été envoyé à une amie à qui elle demandait de l'effacer. </p> <p> smz311 _____ examen mental de S _____ Michel _____ 2 </p>
---	---

### Point de vue de l'intéressé

L'intéressé nie tout acte sexuel à l'encontre des mineures mais peut admettre avoir pris dans ses bras. Il ajoute « c'était mon enfant (...). Je la considérais comme ma fille, elle était pas bien... Elle avait déjà parlé de suicide ». Il revendique le fait de vouloir rendre service et de trop penser aux autres sans vraiment mettre de limite quant à son rôle d'éducateur. Concernant l'enfant, il affirme qu'il se faisait du souci car il évoque un mal-être chez celle-ci.

L'intéressé indique ne pas en vouloir à l'enfant, estimant : « je pense qu'elle avait un grave souci... ». Il indique en avoir parlé à ses parents et à l'entourage, par rapport aux difficultés constatées. Il explique aussi avoir pu la conduire à divers endroits pour les compétitions sportives. L'intéressé pense qu'elle a pu s'imaginer « des choses », indiquant qu'elle pouvait parfois l'attendre « alors qu'elle pouvait rentrer ». Il reconnaît qu'il avait offert le GSM car elle n'avait pas les moyens et il parle de SMS de père à fille « où je disais que je l'aimais, mais c'était pas sexuel ».

Concernant la situation de 2005, l'intéressé indique ne jamais avoir été à Walibi et nie tout rapprochement avec cette jeune fille. Il reconnaît l'échange de SMS avec cette dernière, évoquant qu'elle avait des difficultés avec son père. Il nie tout intérêt sexuel de sa part.

### LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Le père de l'intéressé réside dans un home de Tierce depuis plus d'une année en raison d'un Parkinson et d'une maladie d'Alzheimer. Il a 72 ans et a travaillé à la SNDE, étant présenté : « dur, par peur de dire... Il disait toujours travaillé, ça ira mieux... J'ai jamais eu un je t'aime de mon papa ». Il tenait également la ferme avec son épouse. Celle-ci a 72 ans et vit avec son fils aîné handicapé. Il la présente « financière, c'est pas mieux mon plus ». Il indique rendre visite chez son père et aller chez sa mère tous les jours pour faire à manger et s'en occuper : « aussi, sinon je suis plus souvent tout seul ».

L'intéressé est le cadet de 5 enfants :

- É—, né en 1963, présente un handicap mental.
- A — est chauffeur-livreur et est né en 1967. Il a trois enfants et s'est remis en couple.
- C — est aide-soignant et a 48 ans. Elle a des enfants et est mariée, indiquant ne plus la voir suite à une dispute familiale.
- Il faut encore noter qu'avant la naissance de l'intéressé, un enfant est mort à quelques heures de naissance.

L'intéressé a un fils, A —, qui a 21 ans et qui travaille chez Coiruyt. Il a quitté la maison et va se marier bientôt. Il n'a pas d'enfant, mais sa compagne en a de quatre ans. Il vit à Belbeil.

Il ne connaît pas dans sa famille de maladie héréditaire ou congénitale, ni d'antécédent suicidaire ou psychiatrique si ce n'est le handicap mental du frère É—.

### LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

S ——— Michel est né à — le 21/1 /196 .

Il effectue ses primaires à Sirault où sa mère lui fait doubler la troisième alors qu'il avait réussi : « pour elle, c'était pas assez... ». Il a obtenu le diplôme primaire, disant : « j'ai bien réussi, j'aurai pu faire des études, plus poussées, mais j'aimais pas l'école ». À 13 ans, il est inscrit en professionnelles à l'école de boucherie aux E.T.H. à Saint-Ghislain où il termine quatre années. Il poursuit une cinquième année à l'ITMA à Tournai en boucherie. Il connaît alors un accident avec fracture d'un os de la main qui va amener une algodystrophie et un arrêt d'un an. Il reprendra un an plus tard, à l'ITMA où il obtient un diplôme de cinquième année. Il stoppe l'école à l'âge de 18 ans.

À 19 ans, il s'engage comme volontaire de carrière à l'armée car il est bon en course à pied. Il est toutefois réformé après 17 jours car il connaît une commotion cérébrale lors d'une chute dans une piscine. Il sera d'ailleurs trois mois en hôpital militaire.

Après son temps militaire, il commence à travailler chez Remmans comme boucher à Soignies. Il connaît dans une bousculade une récédive de son algodystrophie et finalement, il sera pensionné à l'âge de 22 ans. Il évoque 69% d'invalidité : « on voulait me

smz311

examen mental de S: ——— Michel

3

smz311

examen mental de S: ——— Michel

4

mettre dans un atelier prolongé... J'ai fait des cours pour reprendre la ferme des parents, j'ai eu la gestion ». Il indique avoir aidé chez ses parents sans être déclaré.

Il fera plusieurs emplois non-déclarés tels que du jardinage mais également la cuisine dans un club échangiste à Fontaine-Valmont. Il a encore essayé des cours de gestion pour reprendre la ferme familiale mais n'a pas pu y accéder, vu son revenu d'handicapé qui ne lui permettait pas de contracter un emprunt suffisant.

L'intéressé a quitté le foyer familial à l'âge de 36 ans pour se marier. Il avait connu une relation à l'âge de 19 ou 20 ans avec une jeune fille qui était partie en échange au Canada et qui, à son retour alors qu'il avait été lui rendre visite au Canada, lui a signifié son désir de rompre. Il avait connu son premier rapport sexuel avec elle à l'âge de 19 ans. Il n'a jamais été victime d'attouchements. Il n'a jamais fréquenté les maisons closes et il précise que s'il a travaillé dans un club échangiste, c'était uniquement professionnel. Il n'a jamais été dans les camps de naturalistes. Depuis ses 36 ans, il a une relation avec Leticia M. qui a fait des études d'horticulture et qui est née en 1976. Elle est aide-ménagère « et elle m'a vidé la maison quand je suis parti en Pologne début de cette année-ci ». Elle va être enceinte et ils vont décider du mariage contre l'avis des parents de la jeune fille. En 2003, elle va lui annoncer qu'elle est lesbienne et elle va partir vivre dans une autre maison. Il précise qu'ils ont toutefois maintenu des contacts et qu'il a encore eu des rapports sexuels une fois par mois dernièrement avec elle. Elle vient cependant de partir avec un autre homme récemment. Il se définit de ce fait célibataire et ne souhaite plus s'engager. Il affirme ne pas consulter de sites pornographiques et ne pas avoir de besoin de masturbation : « J'ai même plus d'envie, je suis encore fou amoureux de mon épouse ».

Sur le plan financier, il a une situation saine avec un revenu de 1.138 euros par mois. Il a remboursé sa maison. Il garde un emprunt pour une voiture.

Sur le plan sportif, vu qu'il était bon au cross inter-école, il a été inscrit au club d'athlétisme de Dour. Il a ensuite suivi des cours à l'Adeps pour obtenir un brevet de moniteur. Il est devenu entraîneur au début des années 2000 un peu fortuitement et est resté à Dour jusqu'en 2005, date où il a donné sa démission après une plainte. Il va alors s'orienter vers le M. où il a inscrit son fils dans un premier temps. De 2005 à 2007, il sera sans fonction d'entraîneur mais finalement il va reprendre la fonction au M. après avoir passé un niveau 2 à l'Adeps. Il a stoppé toute activité suite à la plainte actuelle. Il indique que la situation est difficile, car cela le valorisait et lui plaisait.

Sur le plan de la santé, il a été opéré de l'appendice. Il faut rappeler la fracture de l'os pyramidal de la main avec une algodystrophie consécutive. Il évoque actuellement une mise au point pour des rectorragies sur polypes. En avril 2016, lors d'une chute à vélo, il a connu une fracture de la mâchoire supérieure et du nez. Il n'a jamais fumé qu'une seule cigarette dans sa vie et ne touche pas aux drogues. Il prend un traitement pour l'hypertension artérielle depuis 7 ou 8 ans. Suite aux faits, il a consulté depuis le 20 août le Docteur L., psychiatre à Ath, qui l'a mis sous antidépresseur. L'intéressé évoque deux tentatives fin août 2016 depuis les faits, avec des médicaments et de l'alcool, disant avoir dû être hospitalisé. Il le rencontre mensuellement.

Il affirme ne pas avoir d'antécédents judiciaires.

L'intéressé indique être « seul » avec son chien et « prendre soin de moi-même ». En effet, son réseau social était surtout l'athlétisme.

smz311

examen mental de S. — Michel

5

## EXAMEN MENTAL

La collaboration au cours de l'entretien est bonne et l'intéressé se présente à l'heure au rendez-vous.

La présentation est caractérisée par une petite voix, des cheveux clairsemés sur le sommet avec des tempes grises, une barbiche avec une fine moustache.

L'orientation dans le temps et l'espace est correcte.

Le calcul mental est rapide et exact.

La mémoire de fixation et la mémoire antérograde sont intactes : l'empan des chiffres est de six (normes de sept plus ou moins deux).

Le sujet n'exprime ni phobie, ni obsession.

On ne note ni éléments délirants, ni hallucinations au cours de l'entretien. Il n'existe pas de troubles formels de la pensée.

L'examen ne révèle pas de troubles affectifs francs si ce n'est en réaction à la situation mais également au fait qu'il aime toujours son épouse et que celle-ci a pris une distance. Il paraît en effet toujours affectif, vivant mal les déceptions sur le plan sentimental.

smz311

examen mental de S. — Michel

6

## EXAMEN PSYCHOLOGIQUE / PSYCHOMETRIE

### SADS-L<sup>1</sup>

L'examen mental systématique des antécédents selon le DSM-IV ne soulignent pas d'éléments patents.

### Questionnaire SCID - II (Version 2.0)<sup>2</sup>

Les résultats à ce test ne soulignent pas la présence d'un trouble de personnalité, qu'il soit paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, narcissique, borderline, histrionique, évitante, dépendante ou obsessionnelle-compulsive. Il n'y a donc pas de pathologie majeure liée à un trouble de personnalité.

### MINI<sup>3</sup>

Le test MINI indique que Michel S. ne présente pas ou n'a pas présenté d'épisode dépressif majeur (avec ou sans caractéristiques mélancoliques), de dysthymie, d'épisode (hypo)-maniaque, de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie sociale, de trouble obsessionnel-compulsif, d'état de stress post-traumatique, de problématique toxicomaniaque (dépendance/abus), de problématique alcoolique (dépendance/abus), d'anorexie mentale, de boulimie, de troubles psychotiques, d'anxiété généralisée ou de trouble de la personnalité antisociale.

### Examen intellectuel sur base de l'échelle d'intelligence de Wechsler (WAIS-III)<sup>4</sup>

L'échelle de Wechsler évalue les capacités intellectuelles d'un sujet. Pour la passation, nous avons utilisé la procédure de Silverstein qui est une des formes abrégées d'administration des échelles de Wechsler. La méthode de Silverstein consiste à extrapoler le quotient intellectuel total à partir de la passation de deux sous-tests : 'vocabulaire' et 'cubes'. L'épreuve

1 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (S.A.D.S.) Adaptation française : Gérard CHARLES & Marc ANSEREAU, Guide pour le diagnostic de troubles affectifs et de la schizophrénie. Acta Psychiatrica, Belgique, 87, 361-316. Consulté le 10/05/2006. Ce test a été conçu et validé par le Centre de Recherche en Psychiatrie de l'Université de Montréal. Il s'agit d'un questionnaire standardisé passant en revue les différents syndromes psychiatriques, et qui permet d'aboutir à un diagnostic également standardisé selon les normes des Research Diagnostic Criteria ou du DSM-IV (Endicott et al., 1978) (Diagnostic and Statistical Manual, 1st Edition, American Psychiatric Association, Washington). Le SADS-L est la partie du S.A.D.S. envisageant les symptômes antérieurs à celles reprises dans la première partie. Il s'agit d'un entretien structuré, évaluant les antécédents psychiatriques.

2 First M., Spitzer R., Gibbon M., Williams J. (1997) Questionnaire SCID-II, version 2.0. 1997 : American Psychiatric Association. Traduction Française par Cottraux M., Cottraux J., Bouchard C., Fontaine-Buffé M., Utilisation du questionnaire de dépistage et du module DSM IV. Le questionnaire semi-structuré SCID-II envisage les troubles de personnalité de l'axe 2 (lié à des symptômes habituellement présents) du DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition. (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction Française par J.-D. GUELEFI et al., Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

3 MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.07 DSM-IV, 1998). Sheehan F., Janney J., P. Boni L., Lejune J-F. & Sheehan M. Traduction française effectuée par Leuninger Y., Weillier E., Hergueta T., Amorim Ce test évalue, sur base des critères DSM-IV, la présence ou l'absence des troubles repris ci-dessus. Ce test envisage une partie des diagnostics de l'axe I du DSM-IV.

4 Ouvrage consulté : AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>ème</sup> édition. (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction Française par J.-D. GUELEFI et al., Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

5 Echelle d'intelligence de Wechsler, troisième version. Version française étalonnée en 1996. La formule de conversion pour la méthode de Silverstein est : QI total = 2.9 (Note standard Vocabulaire + Note standard Cubes) + 4.1. La forme abrégée au regard de l'échelle totale présente un coefficient de fidélité de .88, avec un alpha inférieur à .001.

smrz111

examen mental de S. Michel

7

'vocabulaire' consiste à définir une série de mots classés par ordre croissant de difficulté. L'épreuve 'cubes' consiste à reproduire, en un temps limité, avec des cubes un modèle présenté.

Michel S. a obtenu une note standard au 'Vocabulaire' de 9 et une note de 8 au 'Cubes'. Ces résultats permettent d'indiquer que l'intéressé présente un quotient intellectuel global extrapolé de 90,3 indiquant qu'il présente des capacités cognitives se situant dans la partie inférieure de la moyenne de la population. En effet, la moyenne de la population se situe entre un score de 80 et 120 de quotient intellectuel.

Le résultat qu'a obtenu Michel S. est homogène, avec des capacités verbales se situant sur le même plan que ses capacités de raisonnement logique ; ce qui apparaît concordant avec le contact clinique et le parcours personnel.

### Test de Rorschach<sup>5</sup>

Le nombre de réponses que l'intéressé a donné est faible, malgré les tentatives d'élaborer sur base du matériel présenté. En effet, la limitation n'est pas liée à un mode de réponses défensives afin de ne pas se donner à connaître, résultant davantage de processus de pensée et de mentalisation limités. En effet, l'intéressé en reste davantage à un mode perceptif qui lui est habituel, avec des automatismes de pensée où la créativité et l'ouverture à d'autres éléments du réel externe apparaît limitée. L'intéressé est ancré dans ses us et coutumes, se décalant peu, avec un univers psychique restreint.

Notons qu'un conformisme et qu'une adaptation de base sont d'actualité, avec une tendance à partager les perceptions communes et opinions courantes : Michel S. n'est pas coupé du monde externe, ayant intégré et faisant sien les normes externes. Les capacités de jugement apparaissent également fondamentalement préservées, avec un rapport à la réalité adéquat.

Nous notons également un style avec des éléments dysphoriques où l'intéressé peut connaître des passages anxieux ou plus dépressifs. Cet aspect faisant partie de ses vulnérabilités de fonctionnement. Enfin, sur le plan narcissique, il apparaît peu assuré, connaissant des oscillations en termes d'affirmation de soi.

### Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota - 2<sup>6</sup>

Le M.M.P.I.-2 est un test permettant de mettre en évidence les traits de personnalité. Il ne s'intéresse pas aux processus et au fonctionnement de la personnalité comme le Rorschach. Le MMPI-2 est essentiellement descriptif et évalue une symptomatologie présente : ce test a tendance à décrire la personne telle qu'elle se présente au monde externe, décrivant des éléments de surface. Des échelles de validité, afin de contrôler les réponses de l'intéressé sont intégrées. La configuration de ces échelles indique un profil valide, avec Michel S.

5 Test projectif de Rorschach : Rorschach, H. (1942) *psychodiagnostik*. Bern : Hans Huber. Ouvrages consultés : Rausch de Traubenberg, N. (1997). *La pratique du Rorschach*. Paris : P.U.F., col. La Psychologie », « Chabert, C. & Anzieu (1999). *Les méthodes projectives*. Paris : P.U.F., col. La Psychologie », « Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod », « Chabert C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod », « Rabinowicz S., & McKinley J.C. (1996). Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota - 2. Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, Université de la Colombie-Britannique.

6 Bisson T. (1997). Le M.M.P.I., pratiques et évolutions d'un test de personnalité. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble s.

smrz111

examen mental de S. Michel

8

qui peut présenter des difficultés psychologiques liées aux situations, à l'émotion ou dans la gestion des relations personnelles.

Le testing ne souligne pas de maladie mentale ou de trouble patent. L'intéressé apparaît indépendant et peu conformiste, sans que l'impulsivité soit trop manifeste. Il se montre énergique et actif, amical et sociable. Non sans lien avec les préventions et le regard social, il peut apparaître découragé, morose, malheureux, insatisfait de soi ou du monde, et ce, en l'absence d'un état dépressif majeur. Notons de manière plus stable, des éléments soucieux et pessimistes. L'intéressé apparaît également suggestible et avec une anxiété de fond, pouvant se laisser absorber par les situations et les événements. Il peut aussi avoir des relations et des réactions émotionnelles superficielles (honte, culpabilité). Enfin, relevons qu'il possède du sens pratique, étant accommodant et réaliste

smz311

examen mental de S — Michel

9

### EXAMEN PHYSIQUE

L'intéressé déclare mesurer 1m81 et peser 84 kilos. À noter qu'il pesait 106 kilos en avril 2016.

L'examen neurologique ne révèle pas d'atteinte des nerfs crâniens.

Les réflexes ostéo-tendineux rotuliens sont vifs et symétriques.

La marche, la force et le tonus sont sans particularité.

On ne note ni adiadococinésie, ni dysmétrie.

Les épreuves de Barré et de Romberg sont effectuées sans difficultés.

Il déclare ne pas porter de tatouage ni de piercing.

L'état général est bon.

smz311

examen mental de S — Michel

10

## DISCUSSION

L'intéressé est impliqué dans des faits de mœurs. S. — Michel se définit comme moniteur sportif après avoir passé les brevets à l'Adeps par hasard, ayant toujours fréquenté les clubs d'athlétisme depuis les cross interscolaires, ayant ensuite eu une opportunité de commencer à Dour. Il s'est marié tardivement à l'âge de 36 ans et semble avoir été fort peu extraverti, s'inscrivant ensuite en dépendance d'une épouse qui lui a affirmé être lesbienne il y a une dizaine d'années. Il se dit toujours en souffrance par rapport à cette situation, en manque affectif car il se dit toujours amoureux de son épouse. Il semble en effet fragile sur le plan sentimental, géant difficilement, ses élans et pouvant se laisser aller à des attentions particulières pour faire plaisir dit-il mais également probablement pour se faire plaisir, oubliant ensuite la distance justifiée par son rôle de moniteur, ne géant pas suffisamment la notion du contre-transfert nécessaire dans toute relation d'aide.

L'intéressé se montre très affecté de la situation mais on ne peut pour autant considérer qu'il présente un trouble mental le rendant incapable du contrôle de ses actes et encore moins de discernement. Il est bien conscient de la gravité des accusations pesant actuellement sur lui. Il se décrit d'ailleurs trop gentil et trop bête. Le bilan psychologique ne ramène pas de psychopathologies majeures en dehors d'une personnalité montrant des fragilités affectives et relationnelles. L'intéressé se montre également soucieux du regard de l'autre et social, les préventions et la 'mise au banc' mettant à mal l'intéressé qui perd ses rôles sociaux.

On ne retiendra donc pas de lien causal entre un trouble mental et les faits.

Il persiste toutefois un danger à ce que l'intéressé commette de nouveaux faits s'il était de nouveau mis en relation régulière avec des jeunes adolescentes, compte tenu de son manque de retenue et de son tempérament décrit plus haut.

Il convient de lui imposer une guidance afin de l'amener à plus de réflexion et de distance dans ses relations avec des mineures.

smz311

examen mental de S. — Michel

11

## CONCLUSION

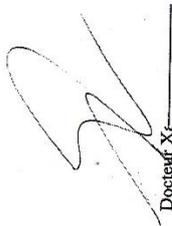
L'examen mental de S. — Michel permet de dire, après envoi des préliminaires aux parties, que :

- L'intéressé présente une personnalité fragile sur le plan affectif, s'inscrivant de manière peu réfléchie dans des relations avec des adolescentes.
- L'intéressé n'était pas, au moment des faits mis à sa charge, dans un état de trouble mental qui abolissait ou altérait gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes.
- Il n'est pas encore actuellement dans un de ces états.
- Il n'y a pas de lien causal entre un trouble mental et les faits.
- Si les faits étaient établis, le danger persiste pour tout jeune dont il aurait la fréquentation régulière, compte tenu de son manque de distance.
- Il peut être traité et suivi pour l'amener à mieux gérer cette distance.
- Une guidance spécialisée est indiquée.
- Nous ne constatons pas d'inadéquation entre la personnalité de l'intéressé et les faits de viol et d'attentat à la pudeur suspectés.

Les deux experts ont prêté le serment suivant :

*Je jure avoir rempli ma mission en honneur et conscience, avec exactitude et probité.*

Fait à Mons, le 1<sup>er</sup> janvier 201

  
Docteur Xr. —————

D. ————— psychologue

smz311

examen mental de S. — Michel

12

Autour du rapport d'expertise psychologique et psychiatrique, des questions se posent :

- Comment devient-on expert ? Qui peut le devenir ?
- Qui choisit l'expert ? Comment est formé l'expert et quelle est sa compétence ? Qu'en est-il de sa réputation ?
- Quelle méthodologie emploie l'expert ? Qu'en est-il de sa crédibilité ?
- Comment sont rémunérés les experts ?
- Quelles sont les conditions matérielles de l'exécution de la mission d'expertise ?  
Lieu ? Temps/durée ? Accès au dossier ? Déplacement ?
- Pourquoi le caractère inquisitorial de l'examen d'expertise plutôt qu'une forme d'examen plus contradictoire ?  
Notion de collège d'experts  
Notion de contre-expertise

Les trois questions posées à l'expert lors des missions judiciaires s'axent sur les notions :

1. Le suspect se trouvait-il, au moment des faits qui lui sont imputés, soit dans un **état de démence**, soit dans un **état grave de trouble mental** ou **de débilité mentale**, qui le rendait incapable de contrôler ses actes ? – *en lien avec la Loi du 09 avril 1930*
2. Se trouve-t-il toujours dans l'un de ces états ? – *en lien avec la Loi du 09 avril 1930*
3. L'état actuel du suspect est-t-il de nature à représenter un danger pour lui-même ou pour la société ? – *en lien avec la Loi du 01 juillet 1964*

L'état de **dangerosité** admet donc le caractère 'curable' de la symptomatologie rencontrée. En filigrane apparaît aussi la notion de **récidive**.

### III. Déontologie, éthique et droits du patient.

#### 1. Déontologie et éthique.

Quatre termes reviennent régulièrement dans les discours sur l'action humaine, notamment dans le cadre médical comme celui qui nous occupe en milieu spécialisé psychiatrique : **éthique, morale, déontologie et droit**. L'entreprise de définition des termes n'est pas facile...

#### **Éthique et morale : termes distincts et souvent synonymes**

Pour certains auteurs, la **morale** renvoie à un système fermé de normes, à une approche conservatrice, religieuse, où s'imposent l'obéissance et la soumission, alors que le mot **éthique** concerne le questionnement, l'ouverture d'esprit, l'approche prospective de l'agir.

D'autres auteurs ont tendance à réserver au mot **éthique** la réflexion sur les questions fondamentales - fin et sens de la vie, fondement de l'obligation, nature du bien et du mal, rôle de la conscience morale. Ces mêmes auteurs renvoient à la **morale** l'application, le concret, l'action.

#### **Déontologie :**

Le mot « **déontologie** » (√grec deon-deontos) désigne lui aussi des règles, des devoirs et obligations.

voire des prescriptions. Ainsi plus communément, ce mot désigne les règles et devoirs propres à l'exercice d'une profession (ou au fonctionnement d'une institution). On parle alors de déontologie professionnelle, ici de déontologie médicale.

Dans cette foulée, l'expression fréquente « **code de déontologie** » désigne un ensemble de règles que se donne une corporation ou une institution pour régir les rapports de ses membres avec les autres et promouvoir sa propre image à l'extérieur. Ainsi dans le domaine médical, s'y inscrivent les aspects juridiques, le problème de la responsabilité, la notion de secret professionnel et de confidentialité ou encore la notion de non-discrimination. Tout en comportant une part d'**éthique**, le mot renvoie à des valeurs et des règles, plus ou moins restreintes, faisant largement consensus parmi les membres et approuvées par l'autorité professionnelle. Il se rapproche du droit.

### **Droit :**

Comme la déontologie, le droit comporte une part d'**éthique**. Le plus souvent, le droit désigne l'ensemble des règles applicables dans une société donnée et sanctionnées par l'autorité publique. Il vise à harmoniser les rapports humains dans une société, concilier les intérêts des uns et des autres, prévenir et régler les conflits dans le cadre de certaines valeurs fondamentales propres à une société ou à une culture.

Le droit n'est donc pas indépendant des valeurs éthiques ou morales. Au minimum, il reprend les valeurs qui font consensus dans une société ou qui correspondent à celles d'un parti politique. Au mieux, il essaie de protéger et promouvoir les valeurs qui servent d'assises à une culture. Cet objectif est explicite, par exemple, dans les chartes des droits et libertés de la personne. Mais le droit restera toujours minimaliste et, dans l'ensemble, moins englobant et moins exigeant que la morale.

La distinction droit-morale est une nécessité et correspond à un progrès de civilisation. Le malheur est que l'on perçoit souvent mal cette complémentarité. D'un côté, le législateur se laisse souvent dominer par le souci électoraliste en laissant tomber certaines valeurs. D'un autre côté, les individus ont souvent tendance à vouloir imposer leur morale au législateur sans tenir compte de la pluralité.

### Quelques situations soumises à réflexion :

**Que penser des "relations amoureuses" qui s'installent entre patient(e)s hospitalisé(e)s dans le milieu psychiatrique et professionnels** (aide-soignant(e), infirmier(e), éducateur(trice), kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue ou psychiatre...) ?

Certaines questions se posent : où s'arrête le thérapeutique ? qu'en est-il du respect du malade hospitalisé ? qu'en est-il de la sécurité ? comment évoluent les conditions de travail en institution ? Quelles sont les réactions des autres patients ? de la hiérarchie ? des autres collègues ? Faut-il déplacer le membre du personnel ?...

**Que penser du travail en équipe en milieu institutionnel ?**

L'organisation d'un week-end (tolérance et interdit face à la patientèle d'un groupe de travail à l'autre) ? Le silence en réunion ? L'incompétence d'un collègue ? La crainte d'un collègue face à la patientèle ? Les alliances des "anciens" contre un(e) jeune collègue ?

**Que penser des relations hiérarchiques en milieu institutionnel ?**

L'incompétence d'un supérieur hiérarchique ? Son absentéisme ? Sa difficulté face à la décision ou le conflit entre collègues ? La notion de réunion ? du staff ?

## Que penser de l'hospitalisation sous contrainte en milieu psychiatrique (mise en protection, internement) ?

Qu'en est-il de l'implication du patient, de sa compliance au traitement (injection, médication per os, contention) ? Comment réagit le personnel soignant ? Quelles sont les relations à la famille ? Qu'en est-il des motions répressives (appel à la police comme renfort en cas de violence) ?

### *Une réflexion autour de termes usuels associés à l'univers éthique. L'on verra que l'étymologie, qui ramène aux sources et racines des mots, peut aider à comprendre et à juger.*

PAR DANIELLE BLONDEAU, inf., MEd

**L**a préoccupation éthique occupe une place centrale dans l'univers infirmier. Qui ne s'est posé la question "Ce que je fais pour cette personne-ci, est-ce bien?" La responsabilité morale des infirmières est aujourd'hui interpellée avec beaucoup d'insistance et la réflexion éthique s'inscrit dès lors en priorité au registre des obligations professionnelles.

Mais qu'est-ce que l'éthique, la morale, la déontologie? Pourquoi un code de déontologie? Ces mots laissent planer certaines imprécisions quand vient le moment de faire face aux problèmes quotidiens. "Quel en est leur sens?" s'avère donc une question bien légitime.

#### **Ethique et morale**

Les mots "éthique" et "morale" sont souvent utilisés indifféremment comme ayant une signification presque identique. Et l'étymologie, qui nous ramène

Danielle Blondeau, professeur, École des sciences infirmières, Université Laval, Québec, est l'auteur de *De l'éthique à la bioéthique — Repères en soins infirmiers*, publié en avril chez Gaëtan Morin, éditeur.

#### **Abstract**

**About ethical vocabulary.** The responsibilities of modern nursing are more closely than ever intertwined with moral responsibilities. But what is morality, ethics, deontology? This article attempts to show what we can learn at the most basic level of all — etymology.

aux sources et aux racines des mots, peut nous aider à comprendre pourquoi.

Le mot "éthique" vient de deux homonymes grecs: *ethos* et *ethos*. À l'origine, *ethos* faisait référence à la demeure des animaux, à leur lieu de séjour habituel. Aujourd'hui, il désigne le caractère d'un individu. Quant au terme *ethos*, il signifie surtout habitude, l'habitude qui façonne le caractère. Aristote disait de la vertu morale qu'elle était le produit de l'habitude.

Aussi, réfléchir sur l'éthique, c'est s'attarder au caractère qui fait une personne; c'est regarder comment un être humain édifie sa demeure intérieure en

se donnant les habitudes de séjourner en lui-même; c'est s'interroger sur les qualités, les vertus, les habitudes qu'il se donne pour établir ses liens avec autrui.

Quant au terme "morale", il vient du latin *mos* qui signifie, entre autres, coutumes, mœurs, usages; manière de se conduire ou d'agir; habitude, mode de vie; loi, règle — que la conscience individuelle prescrit pour bien agir, se bien comporter. Ainsi, un être moral, c'est premièrement un être qui agit à partir de règles ou de lois qu'il se donne et qui lui dictent ce qu'il faut faire et ne pas faire.

Voilà pourquoi le langage de tous les jours ne se trompe pas en associant indifféremment morale et éthique.

Quand on cherche à définir la morale — ou l'éthique — on la décrit comme la science du bien et du mal. Son impératif général est le suivant: "Il faut faire le bien et éviter le mal". Il arrive aussi que la morale soit définie comme une science pratique. Science, parce qu'elle cherche à connaître le vrai. Pratique, parce qu'elle s'adresse à l'agir. Il ne s'agit pas de connaître pour

connaître, mais de connaître pour mieux agir. Et comme l'éthique s'adresse précisément à l'agir de l'être humain, elle fait appel à la raison et à la liberté. Le rôle de la raison est de discerner le bien à faire: quelle est la bonne action à poser? Est-ce une action qui concourt au bien? La liberté, elle, autorise un individu à choisir telle action plutôt que telle autre. Par exemple, dois-je refuser tel traitement?

Ce qui met en évidence l'intervention de la raison et de la liberté dans l'agir moral vient en même temps signifier que tous les actes humains ne relèvent pas de la morale. Il en est qui font appel à des automatismes ou à des réflexes: cligner de l'œil, manger, éliminer, etc.

Associés à l'univers infirmier, les sujets suivants peuvent susciter un questionnement éthique: mère porteuse, acharnement thérapeutique, consentement informé, administration d'analgésique à un patient en phase terminale, euthanasie, manipulations génétiques, suicide, etc. La morale fait se poser les questions "Est-ce bien ou mal?", "Comment agir et en vertu de quels critères?", "Comment atteindre le bien?", etc.

### **Déontologie**

Le *Petit Robert* définit le mot "déontologie" comme "la théorie des devoirs professionnels". Le *Larousse* ajoute: "ce qu'il faut faire. . . science qui traite des devoirs à remplir". À ce titre, la déontologie infirmière est l'ensemble des règles qui régissent les rapports des professionnelles entre elles et vis-à-vis des bénéficiaires.

Dans sa racine grecque *déontos*, le mot "déontologie" signifie: il faut, il convient, il est nécessaire, ce qui doit être ou ce qu'il faut faire — par extension, le devoir. Morale et déontologie présentent donc des similitudes mais qui s'articulent à des niveaux différents. Alors que la morale réfère à l'impératif du "Fais le bien et Évite le

*L'infirmière  
doit incarner  
de façon  
concrète  
les valeurs  
promues  
par le Code  
de déontologie*

mal", la déontologie renvoie à une éthique de devoir, une éthique de l'obligation.

En d'autres mots, la déontologie vient concrétiser les grands principes de base qui dirigent l'action. Elle agit comme une annexe, comme complément indispensable aux règles générales de l'agir moral. Certes, les grandes règles fondamentales de la morale suffisent en général pour guider la conduite humaine, mais il arrive des situations — fréquentes dans toutes les pratiques professionnelles — où c'est le surplus de directives qui est nécessaire pour établir les frontières du comportement correct. C'est le rôle de la déontologie, justement, de fournir les outils pour bien remplir ses obligations et ses devoirs professionnels.

### **Code de déontologie**

Le code de déontologie se conçoit généralement comme un recueil de valeurs et de règles d'application morale propres à une profession donnée. Celui de la profession infirmière — puisqu'elle s'exerce à travers une relation d'aide — identifie le respect de la personne comme sa valeur charnière. C'est d'ailleurs en vertu de cette valeur fondamentale que l'on y retrouve, entre autres, l'obligation à la non-discrimination et à la confidentialité.

Il convient de rappeler les "limites"

d'un code de déontologie. En effet, il renferme des prescriptions qui visent à un idéal, c'est-à-dire qui ne peuvent prévoir toutes les situations particulières possibles. D'où la nécessité pour chaque infirmière de faire appel à son jugement pour appliquer selon les situations données, les préceptes que le Code commande.

Et c'est ici que la responsabilité morale individuelle rejoint la responsabilité morale professionnelle. Le respect de la personne exige de considérer l'individu dans toute son humanité. Monsieur Tremblay souffre d'une insuffisance rénale, tout comme Monsieur Lavoie. Mais monsieur Tremblay n'est pas monsieur Lavoie. Les modes d'intervention pour rejoindre le premier dans sa personne seront différents de ceux employés pour rejoindre le second, même si les deux souffrent du même mal. Puisque le code professionnel exige pour chacun un traitement d'égale humanité, il appartient à l'infirmière présente de puiser à même ses ressources personnelles pour toucher chaque bénéficiaire dans la singularité de sa souffrance et de ses besoins en tant que personne.

Autre exemple: Deux femmes viennent de subir une mastectomie. Les soins physiques que nécessitent les deux chirurgies sont identifiés, mais les besoins de l'une et de l'autre en tant que personne unique varient considérablement. Il faut aller au-delà du code pour voir dans deux amputations, similaires du point de vue technique, deux douleurs distinctes du point de vue des personnes. Bref, soigner une personne, ce n'est pas soigner un organe, une glande ou une ablation.

Voilà pourquoi le code, même si indispensable, peut parfois paraître insuffisant dans la pratique. C'est l'infirmière, avec sa conscience personnelle, qui doit incarner de façon concrète les valeurs promues par le code. Et nulle ne saura se soustraire à cette responsabilité. □

Situation rencontrée en 1986, scénario classique de l'époque face à la prise en charge de sidéens.

*Il peut apparaître utile, maintenant, de voir les jeux et les enjeux de la conscience morale présentés dans une situation concrète de la vie professionnelle. Le cas choisi soulève des questions inhérentes à la confidentialité, dans le cadre de la problématique du sida. Il s'agit d'un cas fictif. L'objectif visé ici n'est pas de donner une solution au problème présenté, mais de montrer qu'il existe des options différentes face à un même dilemme. Il illustre bien le pluralisme des valeurs, l'objection de la conscience morale et l'importance de justifier les choix.*

### Un cas concret

Charles est un comptable à l'emploi d'une grande entreprise. Il est âgé de 32 ans. Il est actuellement en congé de maladie prolongé : il a dû être hospitalisé pour une pneumonie et est maintenant chez lui en convalescence. Son médecin lui a dit qu'il pourrait éventuellement reprendre le travail, lorsqu'il aura repris des forces.

Charles présente un diagnostic séropositif. Il n'a pas voulu le croire au début, mais a dû finir par admettre que la chose était certes plausible, car dans le passé il a eu des relations sexuelles comportant des risques. Il est séparé de sa femme depuis deux ans. Il a deux jeunes enfants, de sept et neuf ans, dont sa femme, Lucie, a la garde. Celle-ci a découvert que son mari avait un amant, et ce fait a rapidement brisé leur relation. Charles voit ses enfants une fois par mois.

Lucie connaît la condition sérologique de son mari. Elle-même a subi les tests de dépistage, mais ils se sont avérés négatifs. Les enfants ne sont pas atteints non plus. Charles et Lucie ne se voient jamais, sinon lorsqu'elle vient conduire et reprendre les enfants. Elle ne veut «rien savoir» de lui. Elle ne lui a pas rendu visite lors de son hospitalisation ni depuis son retour à la maison. Charles a lui-même demandé qu'elle dise aux enfants qu'il était malade et qu'il ne pourrait les visiter pour quelque temps.

Charles vit donc seul dans son appartement. Son amant l'a quitté. Il a accepté d'être dirigé à un médecin du CLSC, afin que l'on puisse assurer un suivi médical et qu'il puisse recevoir des visites des infirmières (surveillance de médicaments, etc.). Il est fragile et peut difficilement assumer les tâches quotidiennes de la maison. Il refuse d'aller dans une famille d'accueil pour sidatiques.

Charles demande un jour à un jeune garçon de 17 ans, Luc, un peu timide, décrocheur (*drop out*), sans travail et habitant le même édifice que lui, de venir l'aider moyennant rémunération. Ce jeune accepte, trop heureux de pouvoir gagner quelques dollars. Personne dans l'entourage de Charles ne connaît sa maladie, ni les motifs de la séparation d'avec sa femme. Or Jocelyne, infirmière du CLSC, se rend compte de la présence occasionnelle de ce jeune dans la maison. Charles lui mentionne que Luc lui est d'une grande utilité pour l'aider à prendre son bain, faire le ménage et les repas. Elle lui demande alors s'il a informé Luc de sa maladie, et celui-ci lui répond que non. Elle lui demande pourquoi, et il ajoute que si Luc savait qu'il a le sida, il fuirait. Et Charles ajoute qu'il a besoin de sa présence, que cela lui fait du

bien, et qu'il a besoin d'affection. Il lui dit qu'elle fait mieux de ne rien révéler, sinon elle aura des problèmes. N'a-t-il pas le droit, comme tout le monde, de vivre?

Jocelyne quitte Charles très préoccupée par cette situation. Elle en parle au médecin à qui Charles a été dirigé. Elle considère que Luc court des risques en ne sachant pas que Charles a le sida. Le médecin l'admet, mais ne considère pas qu'il peut aviser Luc. Il ne peut qu'essayer, dit-il, de discuter avec Charles des précautions à prendre, de l'importance qu'il en parle lui-même à Luc, et il enjoint Jocelyne de faire la même chose. Il espère que Charles finira par comprendre. Mais Jocelyne se dit que c'est tout à fait insuffisant. Pour elle, Luc court des risques de contracter le virus, et à court terme. Elle ne sait pas formellement jusqu'où vont les relations entre Charles et lui, mais elle croit qu'il faudrait faire plus que simplement discuter avec Charles, d'autant plus que ce dernier a bien dit qu'il ne fallait parler de rien à son nouveau compagnon.

Dans les semaines qui suivent, d'autres infirmières s'impliquent dans ce cas, car Jocelyne est absente. À son retour, Nicole et Marjolaine lui parlent de Charles. Toutes trois sont inquiètes, mais ont des positions différentes quant au dévoilement de la condition de Charles. Marjolaine et Jocelyne ne comprennent pas la position du médecin qui ne prend pas l'initiative d'en parler à Luc. Sa vie est en danger, disent-elles, et cela est bien plus important que de respecter la confidentialité. Quant à Nicole, elle comprend le refus du médecin de ne rien dire. Il est lié par le secret professionnel et, de plus, il risque de perdre la confiance de Charles s'il révèle quoi que ce soit. Celui-ci sera peut-être révolté, peut-être refusera-t-il de se faire soigner, et cela brisera les contacts permettant d'avoir une relation avec lui et une influence sur lui. Nicole note d'ailleurs que c'est la position que prennent beaucoup de médecins.

Marjolaine souligne que c'est bien beau tout cela, mais qu'elle se demande pourquoi on accorde plus d'importance à Charles qui de toute façon est atteint, plutôt qu'à Luc qu'on pourrait sauver. Et Jocelyne d'expliquer que, malgré son désaccord avec la position du médecin, elle y penserait à deux fois avant de briser le secret professionnel, car cela est quand même grave. Il faut de bonnes raisons pour agir ainsi. Vouloir protéger Luc est-il une raison suffisante? Après réflexion, elle considère finalement que ce devrait être une raison valable. Plus le médecin attend avant de parler à Luc, plus sa vie est en danger.

Nicole intervient alors en disant à Marjolaine et à Jocelyne : «Si vous trouvez que Luc devrait être informé de la nature de la maladie de Charles et que vous n'êtes pas d'accord avec la position du médecin, pourquoi ne le dites-vous pas vous-mêmes à Luc?» Jocelyne répond que même si elle est très mal à l'aise dans cette situation, elle considère que cela ne regarde que le médecin, et que ce n'est pas son rôle à elle d'informer Luc. Quant à Marjolaine, elle dit à ses consœurs que si le médecin persiste à ne rien dire à Luc, elle-même l'en informera, après avoir avisé le médecin et Charles de sa position. Elle considère que protéger la vie de Luc est plus important que de respecter la confidentialité, dans ce cas-ci.

### **Qui a raison, sur le plan moral?**

Si l'on se rapporte au cas présenté dans l'encadré de la page précédente, y a-t-il une seule bonne réponse morale face à ce problème? Les principales valeurs en jeu ici sont certes la protection de la vie d'une personne et le respect du secret professionnel face à une autre personne. Laquelle des valeurs a priorité sur l'autre? Et ici, qui déterminera le plus grand bien?

Lorsqu'on analyse les jugements moraux des acteurs de ce scénario, on peut constater que le respect de la confidentialité prime chez le médecin et chez Nicole, pour des raisons qui leur apparaissent très valables : les conséquences d'un bris de confidentialité sont pour eux très graves, plus graves que la condition de risque de Luc. C'est ce qu'on peut supposer, tout au moins par leurs propos et leur absence d'action face au dévoilement de la maladie de Charles. Jocelyne, pour sa part, ne veut rien dévoiler, malgré son trouble moral, mais pour une raison différente : elle considère que cela déborde le cadre de son rôle. Quant à Marjolaine, sa décision est prise. Elle donne priorité à la protection de la vie de Luc. Maintenant que tout a été essayé — et après une dernière tentative auprès du médecin et de Charles — elle parlera à Luc. Elle sait qu'il y a des risques à poser un tel geste. Mais elle dit qu'elle essaiera d'agir délicatement, et qu'elle est capable de défendre sa position. Et elle ajoute que sa décision ébranlera peut-être les autres. Qui sait...

Ce cas présente un réel dilemme moral. En effet, la protection de la vie et le respect de la confidentialité sont des valeurs morales affirmées et mises en valeur dans notre société. Mais il est clair qu'il sera impossible, dans ce cas-ci, de protéger les deux. Un choix devra éventuellement être fait pour de tels cas, socialement certes, mais en attendant, chaque sujet moral doit se situer par rapport à ces dilemmes. Chacun le fera en se basant d'une part sur ses convictions morales, sur la perception qu'il a de son rôle, mais aussi sur son degré de tolérance ou d'intolérance, au niveau de sa sensibilité, créé par cette situation. Pour certains, protéger la vie est une valeur suprême. Il s'agit d'un principe moral qui a de longues racines dans l'histoire, et il y a, pour beaucoup de gens, un aspect viscéral rattaché aux questions de vie et de mort. Pour d'autres, briser le secret professionnel est un interdit, une infraction très grave. Le respect de ce secret est considéré comme une base fondamentale dans la relation professionnel/client. Les conséquences et les risques inhérents à une telle infraction, sur les plans personnel et social, leur apparaissent trop sérieux pour ouvrir une telle porte.

Chacun des acteurs, dans ce scénario, devra vivre avec son choix moral. Et l'infirmière qui consulterait son code de déontologie pour connaître la bonne réponse pour résoudre ce problème constaterait qu'elle doit respecter la confidentialité, qu'elle doit protéger la vie, et qu'elle peut s'objecter à une demande qui lui est faite si elle croit que cette de-

mande ignore des valeurs morales reconnues comme importantes. Le code de déontologie ne dira pas, dans une situation de dilemme, quelle valeur a priorité absolue dans un cas concret : il s'agit ici d'une entreprise d'interprétation.

### **Pour un épanouissement personnel**

Comme il a été noté au début de cet article, l'homme est ainsi fait qu'il possède une conscience morale. Il ne peut l'ignorer ou vouloir l'éliminer de son expérience d'homme et de sa vie quotidienne. De telle sorte que le fait de ne pas prendre position, en morale comme dans toute autre situation d'abstention dans la vie, c'est aussi prendre position.

L'activité professionnelle dans le domaine des soins infirmiers engendre un grand nombre de dilemmes éthiques que l'infirmière est appelée à résoudre. Si des points de repère existent qui lui permettront d'y apporter des solutions, son option finale n'en demeurera pas moins la sienne, sur le plan professionnel comme sur le plan personnel. En ce sens, la perspective d'angoisse, soulignée par Jean-Paul Sartre, ne pourra être complètement éliminée face à certaines décisions morales. L'important est de se demander comment cette angoisse peut servir à un épanouissement de la personne et non à sa destruction. ■

## **2. La Loi 'Droits du patient'.**

## Avant-propos

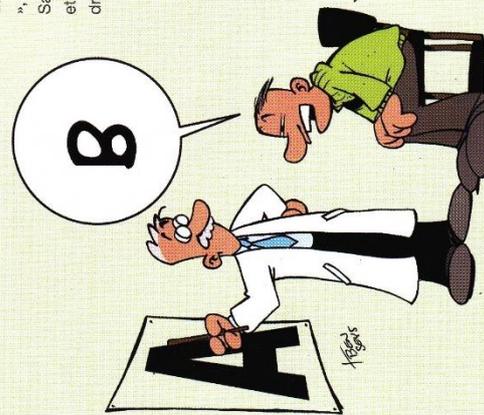
Depuis 2002, la Belgique dispose d'une loi relative aux droits du patient. Celle-ci précise les caractéristiques de la relation entre le patient et le praticien professionnel et vise à améliorer la qualité des prestations de soins de santé.

Cette loi, très proche de certains principes juridiques et des règles déontologiques qui existaient avant elle, a notamment permis d'énumérer en un seul texte les droits fondamentaux des patients.

De clarifier la tenue et l'accès au dossier de patient ainsi que de déterminer le(s) personne(s) susceptible(s) de représenter les patients incapables d'exercer eux-mêmes leurs droits (en raison d'un statut d'incapacité juridique ou d'une incapacité « de fait »).

Par ailleurs, si une personne estime qu'un praticien n'a pas respecté un de ses droits de patient et manifeste un mécontentement ou une frustration, elle peut s'adresser au service de médiation de l'hôpital concerné, ou au service de médiation fédéral « Droits du patient » si le praticien exerce en dehors d'un hôpital.

La Commission fédérale « Droits du patient », établie au sein du Service public fédéral Santé publique, évalue l'application de la loi et donne des avis aux autorités en matière de droits du patient (cf. [www.patientrights.be](http://www.patientrights.be)).



## I. Qui est visé par la loi ? Dans quelle situation ?

### 1. Le patient

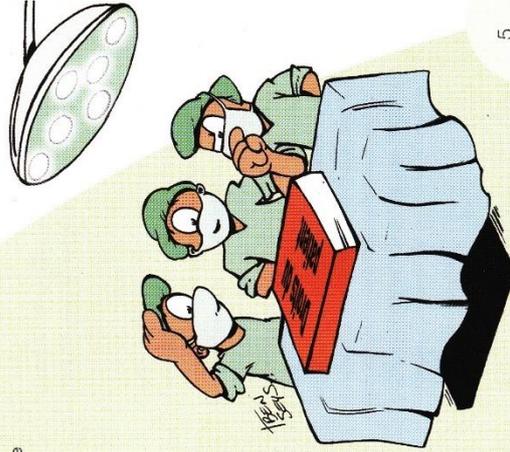
Toute personne qui reçoit des soins de santé à sa demande ou non (ex. à la demande de l'employeur pour contrôler une incapacité de travail).

### 2. Le praticien professionnel

Les praticiens suivants sont tenus de respecter les droits du patient dans les limites de leurs compétences légales : médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et paramédicaux (bandagiste, orthésiste et prothésiste, diététicien, ergothérapeute, assistant-technicien en pharmacie, technicien en imagerie médicale, technicien en laboratoire médical, logopède, orthoptiste, podologue, audiologue et audicien).

### 3. Le domaine des soins de santé

La loi relative aux droits du patient concerne tous les services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, déterminer (ex. médecine d'assurances), conserver, restaurer (ex. révalidation) ou améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie (ex. soins palliatifs).



## II. Quels sont les droits du patient ?

### 1. Bénéficier d'une prestation de soins de qualité

Chaque patient reçoit au vu de ses besoins, les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible. Les prestations sont dispensées dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination (ex. classe sociale, orientation sexuelle, conviction philosophique).

Les soins visant à prévenir, traiter et soulager la douleur physique et psychique, font partie intégrante du traitement du patient.

### 2. Choisir librement le praticien professionnel

Le patient choisit le praticien professionnel et peut consulter à tout moment un autre praticien.

Mais la loi ou des circonstances propres à l'organisation des soins de santé peuvent parfois limiter ce libre choix (ex. lors de l'admission forcée d'une personne atteinte de maladie mentale ou de la présence dans un hôpital d'un seul spécialiste).

D'un autre côté, tout praticien peut refuser de dispenser des services à un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles, excepté en cas d'urgence. Dans le cas où le prestataire se dégage de sa mission

de soins, il doit néanmoins veiller à en assurer la continuité.

### 3. Être informé sur son état de santé

Le praticien communique au patient toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé (il s'agit du diagnostic, même s'il est négatif) et son évolution probable. Le prestataire de soins indique aussi le comportement à adopter en conséquence (ex. lorsqu'il existe des risques en cas de grossesse).

### Comment le patient est-il informé ?

Le praticien communique l'information oralement dans un langage clair adapté au patient. Le professionnel tient compte notamment de l'âge, de la formation et des capacités de compréhension du patient. Ce dernier peut demander une confirmation écrite.

Le patient peut désigner une personne confiance pour l'assister ou demander que l'information soit communiquée à cette personne. Le cas échéant, le prestataire de soins note dans le dossier du patient que l'information a été communiquée, avec l'accord du patient, à ou en présence de cette personne de confiance ainsi que l'identité de celle-ci.

### La personne de confiance

Un membre de la famille, un ami, un autre patient ou toute autre personne désignée par le patient pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé, à consulter ou à obtenir copie de son dossier ainsi qu'à porter plainte. La Commission fédérale « Droits du patient » a émis un formulaire de désignation de la personne de confiance (voir V. Annexe 2).

### Si l'information risque de causer un préjudice grave à la santé du patient

Exceptionnellement, le praticien peut décider de ne pas communiquer certaines informations au patient s'il estime qu'elles constituent à ce moment, un préjudice sérieux pour la santé du patient. Pour cette démarche inhabituelle et temporaire, le praticien doit demander l'avis d'un collègue et ajouter les motifs de son refus au dossier du patient. De plus, l'information sensible est communiquée à l'éventuelle personne de confiance.

### Si le patient ne souhaite pas connaître l'information

Le praticien respecte son souhait (ex. refus de savoir si l'on est atteint d'une pathologie incurable comme la maladie de Huntington) et le note dans le dossier du patient.

Mais le professionnel peut refuser cette « demande de ne pas savoir » si l'absence d'information risque de nuire sérieusement à la santé du patient ou de tiers (ex. maladie contagieuse). En ce cas, le praticien doit au préalable consulter un autre professionnel et entendre la personne de confiance désignée par le patient.

Le professionnel veille à faire preuve de tact lorsqu'il fait part au patient de son refus de l'informer.

### 4. Consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable

Avant d'entamer un traitement, le praticien doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient à celui-ci. Cela implique que le praticien doit avoir clairement informé le patient des caractéristiques de l'intervention envisagée. L'information divulguée en temps opportun (ex. avant que le patient ne se trouve sur la table d'opération) porte sur les aspects suivants de l'intervention : le but (ex. pour établir un diagnostic, pour opérer), la nature (ex. est-ce douloureux ?), le degré d'urgence, la durée, la fréquence,



les contre-indications, les effets secondaires, les risques significatifs, la nécessité d'un suivi, les répercussions financières (ex. honoraires, praticien conventionné ou non), les conséquences éventuelles en cas de refus du consentement ainsi que les éventuelles alternatives.

En cas d'urgence, lorsqu'il est impossible de discerner la volonté du patient ou de son représentant (ex. personne inconsciente arrive aux urgences), le professionnel pratique toutes les interventions nécessaires et fait mention de cette situation dans le dossier du patient.

#### Comment le patient consent-il ?

Le consentement est exprimé de manière verbale par le patient ou déduit de son comportement par le praticien (ex. le patient tend le bras pour une injection). Le patient peut donner son consentement à certaines conditions (ex. arrêt d'un traitement de chimiothérapie en cas d'échec). D'un commun accord, le patient et le praticien peuvent fixer le consentement par écrit et l'ajouter dans le dossier du patient (ex. pour un examen ou traitement important).

#### Si le patient refuse ou retire son consentement

Le praticien respecte ce refus aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué. Mais il continue à dispenser certains soins de qualité (ex. poursuite des soins corporels de base à un patient qui refuse de boire et de s'alimenter). Le patient ou le praticien peut demander que le refus ou le retrait du consentement soit indiqué dans le dossier du patient.

Lorsque le patient se trouve dans un état de santé l'empêchant d'exprimer sa volonté (ex. coma, maladie mentale dégénérante), le praticien doit respecter la déclaration de volonté anticipée rédigée par le patient lorsqu'il était encore à même d'exercer ses droits. Dans cette déclaration anticipée, le patient a fait savoir qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée. Il est préférable de rédiger

cette déclaration de volonté en présence d'une tierce personne (ex. un praticien) afin d'éviter des dérives d'interprétation. La déclaration n'est pas limitée dans le temps, à moins d'une révocation par le patient à un moment où il est en mesure d'exercer ses droits.

#### 5. Disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir copie

Le praticien tient à jour et conserve en lieu sûr un dossier pour chaque patient. Ce dossier contient des données sur l'identité du patient et des informations médicales (ex. résultats d'exams, diagnostics). Le patient peut demander au praticien d'y ajouter certains documents (ex. un article scientifique relatif à sa maladie, un document désignant une personne de confiance ou un mandataire).

Si le patient change de prestataire de soins, il peut demander le transfert de son dossier de patient afin d'assurer la continuité des soins.

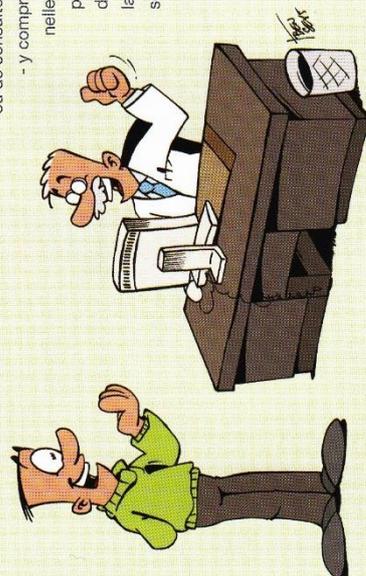
#### Comment le patient peut-il consulter son dossier ?

Le patient peut demander (oralement ou par écrit) au praticien à consulter directement son dossier. Le prestataire de soins a 15 jours à partir de la réception de cette requête pour présenter le dossier au patient, à l'exclusion des annotations personnelles du praticien (notes dissimulées à des tiers, réservées à l'usage personnel du praticien et dénuées d'intérêt pour la qualité des soins) et des données relatives aux tiers (ex. identité des proches qui ont confiés des informations à l'insu du patient).

Le patient peut désigner par écrit une personne de confiance afin de l'assister ou de consulter son dossier à sa place

- y compris les annotations personnelles s'il s'agit d'un praticien professionnel. La demande du patient et l'identité de la personne de confiance sont ajoutées au dossier de patient.

Si le prestataire de soins a décidé de ne



pas informer le patient sur son état de santé par crainte de lui causer un grave préjudice (cf. II. 3), le patient ne dispose que d'un accès indirect à son dossier. Seul un praticien professionnel désigné par le patient pourra alors consulter le dossier avec les annotations personnelles.

#### **Comment le patient peut-il obtenir une copie de son dossier ?**

Dans les mêmes conditions que celles prévues pour la consultation, le patient peut demander à recevoir une copie de son dossier sur un support papier au prix maximum de 0,10 euros par page reproduite de texte. Un montant maximum de 5 euros par image reproduite peut être demandé au patient. Si la copie est fournie sur un support numérique, un montant maximal de 10 euros peut être demandé pour l'ensemble des pages reproduites. Le coût d'une copie d'un dossier ne peut dépasser 25 euros.

Chaque copie reçoit la mention « strictement personnel et confidentiel ». Il s'agit d'une simple indication, d'un signal dont le patient fait ce qu'il veut.

Le professionnel ne délivre pas de copie s'il dispose d'éléments indiquant que le patient subit des pressions afin de la communiquer à des tiers (ex. employeur, compagnie d'assurance).

#### **Comment les proches du patient décédé peuvent-ils accéder au dossier ?**

Si le patient ne s'y est pas opposé de son vivant, l'époux, le partenaire, les parents, les enfants, les frères et sœurs, les grands-parents et les petits-enfants qui invoquent des motifs valables (ex. suspicion d'une faute médicale, dépister des antécédents familiaux) peuvent désigner un praticien (ex. médecin de famille) qui consultera le dossier du défunt avec les annotations personnelles.

C'est pour protéger la vie privée du patient que la consultation est indirecte et qu'elle se limite aux données directement liées aux raisons invoquées par les proches.

#### **6. Être assuré de la protection de sa vie privée**

Sauf accord du patient, seules les personnes nécessaires sur le plan professionnel sont présentes lors des soins.

L'information liée à la santé du patient ne peut être divulguée à des tiers (ex. pour la conclusion d'une assurance vie), à moins d'une dérogation légale et de la nécessité de protéger la santé publique ou les droits et libertés de tiers (ex. risque de contamination).

#### **7. Introduire une plainte auprès d'un service de médiation**

Si une personne estime que l'un de ses droits de patient est bafoué, elle peut introduire une plainte auprès du service de médiation compétent. Vous trouverez de plus amples informations sur ce sujet ci-après (cf. III).



### III. Comment fonctionnent les services de médiation ?

#### 1. Quel est le rôle des services de médiation « Droits du patient » ?

Le médiateur est tout d'abord chargé de promouvoir la communication entre le patient et le praticien par le biais d'actions préventives afin d'éviter les plaintes.

Si un patient porte plainte auprès du service de médiation compétent parce-qu'il estime qu'un de ses droits n'a pas été respecté (ex. manque d'information sur son état de santé, difficulté d'accéder au dossier médical, qualité des soins insatisfaisante), la médiation tente de résoudre le différend, avec le concours du patient et du praticien. Si les parties n'arrivent pas à trouver une solution, le médiateur informe le plaignant des autres possibilités existantes pour traiter sa requête.

Outre la diffusion d'informations sur sa propre organisation, la fonction de médiation formule aussi des recommandations dans le cadre de son rapport annuel afin d'éviter la répétition de certains mécontentements liés aux droits du patient. Ce rapport est notamment transmis à la Commission fédérale « Droits du patient ».

#### 2. Comment se déroule la médiation ?

Les plaintes peuvent être formulées par écrit (lettre, fax, e-mail) ou oralement (téléphone, contact personnel après prise de rendez-vous) auprès du médiateur compétent. Le cas échéant, le patient

peut être assisté d'une personne de confiance.

Avant d'entamer une procédure de médiation, le médiateur invite le patient à contacter lui-même le praticien.

Le médiateur travaille de manière indépendante qu'il soit l'employé ou non d'une institution de soins de santé ou d'une plate-forme de concertation. Il ne peut donc pas être sanctionné pour des actes accomplis dans le cadre de l'exercice correct de sa fonction.

Lors du dépôt de la plainte, le médiateur écoute le patient et tente d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Lorsque les attentes du plaignant sont claires, le médiateur prend contact par écrit ou oralement avec le praticien mis en cause qui est invité à faire part de son point de vue sur les faits relatés par le patient.

Sans prendre parti pour le patient ou le praticien, le médiateur fait preuve d'une neutralité et d'une impartialité strictes tout au long de la procédure. Par ailleurs, il ne peut avoir été concerné par les faits ni par les personnes qui font l'objet de la plainte.

Dans la perspective de restaurer le dialogue, le médiateur peut proposer aux parties qui y consentent, de reprendre mutuellement contact ou de se rencontrer en sa présence. Si elles refusent, le médiateur jouera le rôle d'intermédiaire entre les

parties tout au long de la procédure. Il tient respectivement chaque partie au courant (par écrit ou oralement) des réactions et des attentes de l'autre.

Le médiateur encourage les parties à exprimer leurs sentiments et leurs propositions dans une logique de conciliation. Il essaye d'apaiser le conflit et de résoudre le différend par la négociation, l'échange et la communication. En vue d'aboutir à une solution avec les parties, le médiateur exerce sa fonction de médiation de manière diligente et dans un délai raisonnable.

Cependant, la gestion du conflit dépend en grande partie de la bonne volonté des parties concernées qui peuvent à tout moment arrêter le processus de médiation et se tourner vers une autre procédure.

Si les parties arrivent à un accord et/ou si la communication est rétablie, le dossier de médiation peut être clôturé.

A défaut de solution, le médiateur oriente le patient vers un autre règlement de conflit possible (ex. un autre service de l'hôpital, les mutualités, les Commissions médicales provinciales, les services d'inspection relevant des Communautés et des Régions, l'Ordre des médecins, les tribunaux judiciaires). Toutes les démarches entreprises par le médiateur sont gratuites.

Etant donné que le médiateur est tenu de respecter le secret professionnel, il ne peut

pas communiquer à des tiers les données que le patient ou le praticien lui a confiées.

Le règlement d'ordre intérieur, qui fixe les modalités spécifiques concernant l'organisation, le fonctionnement et la procédure de traitement des plaintes, est disponible à l'hôpital ou au siège administratif de la plate-forme de concertation. Le règlement du service de médiation fédéral est quant à lui disponible au secrétariat de la Commission fédérale « Droits du patient ». Toute personne intéressée peut consulter le règlement d'ordre intérieur.

#### 3. A qui le patient peut-il s'adresser pour porter plainte ?

- Lorsque la plainte vise un praticien qui travaille dans un hôpital, le patient peut contacter le service de médiation de cet hôpital.

Si le professionnel concerné exerce dans un hôpital psychiatrique, une initiative d'habitation protégée ou encore une maison de soins psychiatrique, il est possible que le médiateur compétent soit celui d'une plate-forme de concertation en santé mentale auxquelles les institutions sont rattachées.

Les coordonnées du médiateur sont disponibles auprès du service de médiation fédéral « Droits du patient » ainsi que sur le site Internet du SPF Santé publique (cf. infra). Le patient peut également s'in-

## IV. Que se passe-t-il si le patient est incapable d'exercer ses droits ?

former directement auprès de l'hôpital concerné.

- Par contre, si la plainte vise un professionnel du secteur ambulatoire travaillant **en dehors d'un hôpital** (ex. médecin généraliste, médecin spécialiste à son cabinet privé, infirmière indépendante, dentiste, médecin au sein d'une maison de repos, médecin de prison), le patient peut s'adresser au service de médiation fédéral « Droits du patient ».

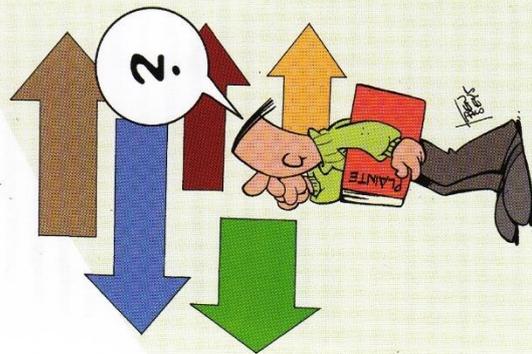
Ce service n'est pas une instance de recours pour les plaintes qui ont été gérées par le médiateur d'un hôpital ou attaché à une plate-forme de concertation. Toutefois, il constitue une porte d'accès pour la réception de plaintes portant sur la manière dont la médiation a été menée par ces fonctions de médiation.

**Contacts**  
**Services de médiation des hôpitaux ou des plates-formes de concertation en santé mentale**  
 La liste et les coordonnées des médiateurs de ces services sont disponibles à l'adresse suivante : [www.patientrights.be](http://www.patientrights.be)

**Service de médiation fédéral**  
 SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement  
 DG Organisation des Etablissements de Soins  
 Service de médiation fédérale  
 « Droits du patient »  
 Place Victor Horta, 40 boîte 10  
 1060 Bruxelles  
[www.patientrights.be](http://www.patientrights.be)

Médiateur fédéral francophone  
 Tél. 02/524.85.21, fax 02/524.85.38

Médiateur fédéral néerlandophone  
 Tél. 02/524.85.20, fax 02/524.85.38



### 1. Qui est incapable d'exercer ses droits de patient ?

- Le mineur incapable d'apprécier raisonnablement ses intérêts selon l'estimation du praticien ;
- le majeur sous statut de minorité prolongée (déficience mentale caractérisée par un manque de développement de l'ensemble des facultés selon la définition prévue dans le Code civil) ;
- le majeur interdit (état habituel d'imbécillité ou de démence selon la définition prévue dans le Code civil) ;
- le majeur incapable de fait d'exprimer sa volonté selon le praticien (ex. personne dans le coma).

#### Le représentant

En cas d'incapacité du patient, c'est la personne qui exerce les droits du patient au nom de ce dernier, ce qui le différencie de la personne de confiance qui ne fait qu'assister le patient.

### Si le patient majeur est incapable de fait d'exercer ses droits

En prévision d'une éventuelle incapacité, le patient peut désigner via un mandat écrit daté et signé, une personne en qui il a confiance, qui exercera ses droits de patient en cas d'incapacité. Le patient veille à communiquer le mandat au professionnel de soins (ex. déposer le mandat dans le dossier de patient).

### 2. Qui peut exercer les droits du patient lorsqu'il est incapable ?

#### Si le patient est mineur, sous statut de minorité prolongée ou interdit

L'exercice des droits appartient aux parents (père, mère) ou aux tuteurs.

Mais le mineur peut exercer en totalité ou en partie ses droits de manière autonome si le praticien estime qu'il est capable d'apprécier raisonnablement ses intérêts. Au contraire, cette possibilité n'existe pas pour les personnes sous statut de minorité prolongée et les interdits.

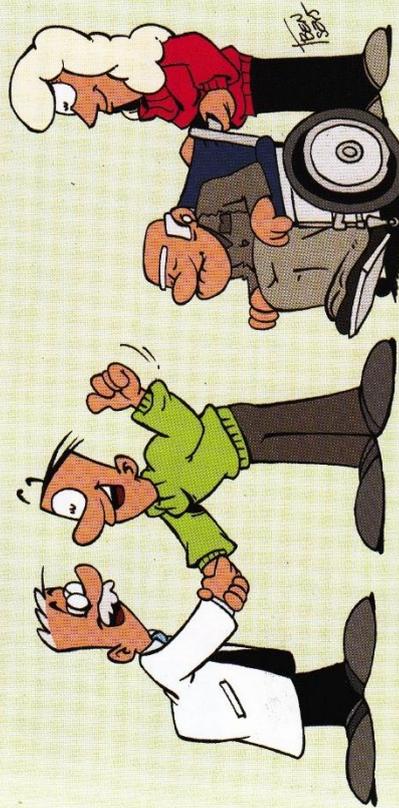
Si le patient n'a désigné aucun mandataire, les droits du patient sont exercés, en ordre subsidiaire, par l'époux cohabitant ou le partenaire cohabitant, l'enfant majeur, un parent, une sœur ou un frère majeurs.

En cas de conflit entre plusieurs candidats représentants (ex. plusieurs enfants) ou à défaut de représentant, le praticien veille aux intérêts du patient tout en se concertant avec l'équipe pluridisciplinaire.

#### Le mandataire

La personne que le patient majeur a désigné via un mandat écrit lorsqu'il était encore capable d'exercer ses droits.

La Commission fédérale « Droits du patient » a émis un formulaire de désignation et de révocation du mandataire (voir V. Annexe 2).



### 3. Quelles sont les limites du pouvoir du représentant ?

- Le patient est associé autant que possible à l'exercice des ses droits compte tenu de sa capacité de compréhension (ex. dans des moments de lucidité).
- Afin de protéger la vie privée du patient, le professionnel peut refuser l'accès du dossier au représentant. Seul le praticien désigné par le représentant pourra consulter ou obtenir copie du dossier. Le prestataire de soins indique dans le dossier de patient les motifs pour lesquels il a refusé au représentant d'accéder au dossier.

Dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, le praticien peut également s'opposer, dans l'intérêt du patient, à la décision du représentant afin de prévenir toute atteinte à la vie ou à la santé du patient (ex. le représentant refuse un traitement vital). Mais le prestataire de soins ne pourra pas déroger à la décision du mandataire si ce dernier prouve que sa décision correspond à la volonté exprimée du patient (ex. témoignage confirmant cette volonté, enregistrement vidéo). Le praticien note les motifs pour lesquels il n'a pas respecté une décision du représentant dans le dossier de patient.

- Le représentant ne peut jamais aller à l'encontre d'une déclaration de volonté anticipée rédigée par le patient lorsqu'il était à même d'exercer ses droits (refus anticipé d'une intervention déterminée).
- En cas d'urgence, si la volonté du patient et celle du représentant sont incertaines, le praticien agit au mieux dans l'intérêt du patient.

## V. Annexes

### ANNEXE 1.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B.,  
26 septembre 2002 (consolidation officielle)

#### CHAPITRE I. - Disposition générale.

Art. 1. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

#### CHAPITRE II. - Définitions et champs d'application.

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par :

- 1° patient : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non ;
- 2° soins de santé : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie ;
- 3° praticien professionnel : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel avant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmacologique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales.

#### Art. 3.

§ 1<sup>er</sup>. La présente loi s'applique aux rapports juridiques (contractuels et extra-contractuels) de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient. <inséré par W 2006-12-13, art. 61>

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la commission visée à l'article 16, préciser les règles relatives à l'application de la loi aux rapports juridiques visés au § 1<sup>er</sup>, définis par L. n. afin de tenir compte du besoin de protection spécifique.

Art. 4. Dans la mesure où le patient y apporte son concours, le praticien professionnel respecte les dispositions de la présente loi dans les limites des compétences qui lui sont conférées par ou en vertu de la loi. Dans l'intérêt du patient, il agit le cas échéant en concertation pluridisciplinaire.

#### CHAPITRE III. - Droits du patient.

Art. 5. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses

besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.

Art. 6. Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi.

#### Art. 7.

§ 1<sup>er</sup>. Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable.

§ 2. La communication avec le patient se déroule dans une langue claire.

Le patient peut demander que les informations soient confirmées par écrit.

(Le patient a le droit de se faire assister par une personne de confiance ou d'exercer son droit sur les informations visées au § 1<sup>er</sup> par l'entremise de celle-ci. Le cas échéant, le praticien professionnel note, dans le dossier du patient, que les informations ont été communiquées, avec l'accord du patient, à la personne de confiance ou qu'elles ont été communiquées au patient en la présence de la personne de confiance, et il note l'identité de cette dernière. En outre, le patient peut demander explicitement que les données susmentionnées soient inscrites dans le dossier du patient.) <inséré par L. 2006-12-13, art. 62>

§ 3. Les informations ne sont pas fournies au patient si celui-ci en formule expressément la demande à moins que la non-communication de ces informations ne cause manifestement un grave préjudice à la santé du patient ou de tiers et à condition que le praticien professionnel ait consulté préalablement un autre praticien professionnel à ce sujet et entendu la personne de confiance éventuellement désignée dont question au § 2, alinéa 3.

La demande du patient est consignée ou ajoutée dans le dossier du patient.

§ 4. Le praticien professionnel peut, à titre exceptionnel, ne pas divulguer les informations visées au § 1<sup>er</sup> au patient si la communication de celles-ci risque de causer manifestement un préjudice grave à la santé du patient et à condition que le praticien professionnel ait consulté un autre praticien professionnel.

Dans ce cas, le praticien professionnel ajoute une

motivation écrite dans le dossier du patient et en informe éventuellement la personne de confiance désignée dont question au § 2, alinéa 3.

Dès que la communication des informations ne cause plus le préjudice visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, le praticien professionnel doit les communiquer.

#### Art. 8.

§ 1<sup>er</sup>. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable.

Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1<sup>er</sup>, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

§ 3. Les informations visées au § 1<sup>er</sup> sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1<sup>er</sup>, pour une intervention.

A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, professionnelles.

Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer ses droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient n'a pas

révoqué, à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents.

#### Art. 9.

§ 1<sup>er</sup>. Le patient a droit, de la part de son praticien professionnel, à un dossier de patient soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr.

A la demande du patient, le praticien professionnel ajoute les documents fournis par le patient dans le dossier le concernant.

§ 2. Le patient a droit à la consultation du dossier le concernant.

Il est donné suite dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 15 jours de sa réception, à la demande du patient visant à consulter le dossier le concernant. Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation.

A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci. Si cette personne est un praticien professionnel, elle consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3. (Le cas échéant, la demande du patient est formulée par écrit et la demande, ainsi que l'identité de la personne de confiance, sont consignées ou ajoutées au dossier du patient.) <inséré par L. 2006-12-13, art. 63, 1<sup>er</sup>>

Si le dossier du patient contient une motivation écrite telle que visée à l'article 7, § 4, alinéa 2, qui est encore pertinente, le patient exerce son droit de consultation du dossier par l'intermédiaire d'un praticien professionnel désigné par lui, lequel praticien consulte également les annotations personnelles visées à l'alinéa 3.

§ 3. Le patient a le droit d'obtenir une copie du dossier le concernant ou d'une partie de celui-ci, conformément aux règles fixées au § 2. Sur chaque copie, il est précisé que celle-ci est strictement personnelle et confidentielle. (Le Roi peut fixer le montant maximum pouvant être demandé au patient par page copiée, copie donnée en application du droit, précité d'obtenir une copie ou sur un autre support d'information.) <inséré par L. 2006-12-13, art. 63, 2<sup>o</sup>>

Le praticien professionnel refuse de donner cette copie s'il dispose d'indications claires selon lesquelles le patient subit des pressions afin de communiquer une copie de son dossier à des tiers.

**§ 4.** Après le décès du patient, l'époux, le partenaire cohabitant légal, le partenaire et les parents jusqu'au deuxième degré inclus ont, par l'intermédiaire du praticien professionnel désigné par le demandeur, le droit de consultation, visé au § 2, pour autant que leur demande soit suffisamment motivée et spécifiée et que le patient ne s'y soit pas opposé expressément. Le praticien professionnel désigné consulte également les annotations personnelles visées au § 2, alinéa 3.

#### Art. 10.

**§ 1<sup>er</sup>.** Le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé.

Le patient a droit au respect de son intimité. Sauf accord du patient, seules les personnes dont la présence est justifiée dans le cadre de services dispensés par un praticien professionnel peuvent assister aux soins, examens et traitements.

**§ 2.** Aucune ingérence n'est autorisée dans l'exercice de ce droit sauf si cela est prévu par la loi et est nécessaire pour la protection de la santé publique ou pour la protection des droits et des libertés de tiers.

#### Art. 11.

**§ 1<sup>er</sup>.** Le patient a le droit d'introduire une plainte concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi, auprès de la fonction de médiation compétente.

**§ 2.** La fonction de médiation a les missions suivantes :  
1° la prévention des questions et des plaintes par le biais de la promotion de la communication entre le patient et le praticien professionnel ;

2° la médiation concernant les plaintes visées au § 1<sup>er</sup> en vue de trouver une solution ;

3° l'information du patient au sujet des possibilités en matière de règlement de sa plainte en l'absence de solution telle que visée en 2° ;

4° la communication d'informations sur l'organisation, le fonctionnement et les règles de procédure de la fonction de médiation ;

5° la formulation de recommandations permettant d'éviter que les manquements susceptibles de donner lieu à une plainte, telle que visée au § 1<sup>er</sup>, ne se reproduisent.

**§ 3.** Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres les conditions auxquelles la fonction de média-

tion doit répondre en ce qui concerne l'indépendance, le secret professionnel, l'expertise, la protection juridique, l'organisation, le fonctionnement, le financement, les règles de procédure et le ressort.

**Art. 11bis.** <inséré par L. 2004-11-24/42, art. 2 ; ED : 27-10-2005> Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé, les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur.

#### CHAPITRE IV. - Représentation du patient.

##### Art. 12.

**§ 1<sup>er</sup>.** Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur.

**§ 2.** Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

##### Art. 13.

**§ 1<sup>er</sup>.** Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur relevant du statut de la minorité protégée ou de l'interdiction sont exercés par ses parents ou par son tuteur.

**§ 2.** Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

##### Art. 14.

**§ 1<sup>er</sup>.** Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient majeur ne relevant pas d'un des statuts visés à l'article 13, sont exercés par la personne, que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui pour autant et aussi longtemps qu'il n'est pas en mesure d'exercer ces droits lui-même.

La désignation de la personne visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>, dénommée ci-après "mandataire désigné par le patient", s'effectue par un mandat écrit spécifique, daté et signé par cette personne ainsi que par le patient, mandat par lequel cette personne marque son consentement. Ce mandat peut être révoqué par le patient ou par le mandataire désigné par lui par le biais d'un écrit daté et signé.

**§ 2.** Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.  
Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle

fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subsidiaire, par un enfant majeur, un parent, un frère ou un sœur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe.

**§ 3.** Le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

**§ 4.** Le droit d'introduire une plainte visé à l'article 11, peut, par dérogation aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, être exercé par les personnes visées à ces paragraphes, telles que désignées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, sans devoir respecter l'ordre prévu.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, fixer des règles plus précises pour l'application du présent paragraphe. <inséré par L. 2006-12-13, art. 64>

#### Art. 15.

**§ 1<sup>er</sup>.** En vue de la protection de la vie privée du patient telle que visée à l'article 10, le praticien professionnel concerné peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée aux articles 12, 13 et 14 visé à l'article 9, obtenir consultation ou copie comme visé à l'article 9, § 2, ou § 3. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par le praticien professionnel désigné par le mandataire.

**§ 2.** Dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le praticien professionnel, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroge à la décision prise par la personne visée aux articles 12, 13 et 14, § 2. Si la décision a été prise par une personne visée à l'article 14, § 1<sup>er</sup>, le praticien professionnel n'y déroge que pour autant que cette personne ne peut invoquer la volonté expresse du patient.

**§ 3.** Dans les cas visés aux §§ 1<sup>er</sup> et 2, le praticien professionnel ajoute une motivation écrite dans le dossier du patient.

#### CHAPITRE V. - Commission fédérale

##### "Droits du patient".

##### Art. 16.

**§ 1<sup>er</sup>.** Une Commission fédérale "Droits du patient" est créée au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

**§ 2.** Elle aura pour mission :

1° de collecter et traiter des données nationales et

internationales concernant des matières relatives aux droits du patient ;

2° de formuler des avis, sur demande ou d'initiative, à l'intention du ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, concernant les droits et devoirs des patients et des praticiens professionnels ;

3° d'évaluer l'application des droits fixés dans la présente loi ;

4° d'évaluer le fonctionnement des fonctions de médiation ;

5° de traiter les plaintes relatives au fonctionnement d'une fonction de médiation.

**§ 3.** Un service de médiation est créé auprès de la Commission. Il est compétent pour renvoyer une plainte d'un patient concernant l'exercice des droits que lui octroie la présente loi à la fonction de médiation compétente ou, à défaut de celle-ci, pour la traiter lui-même, comme visé à l'article 11, § 2, 2°, et 3°.

**§ 4.** Le Roi précise les règles concernant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale "Droits du patient". Sur le plan de la composition, une représentation équilibrée sera garantie entre les représentants des patients, des praticiens professionnels, des hôpitaux et des organismes assureurs tels que visés à l'article 2, i, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Des fonctionnaires des départements ministériels ou des services publics concernés peuvent également être prévus en tant que membres à voix consultative.

**§ 5.** Le secrétaire de la Commission est assuré par le fonctionnaire général désigné par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

#### CHAPITRE VI. - Dispositions modificatives et finales.

**Art. 17.** Dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le titre 1<sup>er</sup> est inséré un chapitre V (nouveau), rédigé comme suit :

"CHAPITRE V. - Respect des droits du patient".

2° Un article 17novies est ajouté, libellé comme suit :

"Art. 17novies. Chaque hôpital respecte, dans les limites de ses capacités légales, les dispositions de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient pour ce qui concerne les aspects médicaux, infirmiers et d'autres pratiques professionnelles de soins dans ses relations juridiques avec le patient. De plus, chaque hôpital veille à ce que les praticiens professionnels qui n'y travaillent pas sur la base d'un contrat de travail ou d'une nomination statutaire respectent les droits du patient.  
Chaque hôpital veille à ce que toutes les plaintes

liées au respect de l'alinéa précèdent puissent être déposées auprès de la fonction de médiation prévue par l'article 70quater afin d'y être traitées. (Le patient a le droit de recevoir les informations de l'hôpital concernant la nature des relations juridiques entre l'hôpital et les praticiens professionnels qui y travaillent. Le contenu des informations visées, ainsi que la façon dont celles-ci doivent être communiquées, sont déterminés par le Roi, après avis de la commission visée à l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.) <inséré par L.2006-12-13, art. 48, 1°>

(L'hôpital est responsable des manquements commis par les praticiens professionnels qui y travaillent, en ce qui concerne le respect des droits du patient prévus dans la loi précitée du 22 août 2002, à moins que l'hôpital n'ait communiqué au patient, explicitement et préalablement à l'intervention du praticien professionnel, dans le cadre de la communication des informations visée à l'alinéa 3, qu'il n'était pas responsable de ce praticien professionnel, vu la nature des relations juridiques visées à l'alinéa 3. Une telle communication ne peut pas porter préjudice à d'autres dispositions légales relatives à la responsabilité pour les actes commis par autrui.) <inséré par L.2006-12-13, art. 48, 2°>

3° Un article 70quater est ajouté, libellé comme suit :  
"Art. 70quater. Pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation telle que visée à l'article 11, § 1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, étant entendu que le Roi peut définir les conditions dans lesquelles cette fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre hôpitaux."

#### Art. 18.

§ 1°. L'alinéa 1er de l'article 10, § 2, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, modifiée par la loi du 11 décembre 1998, est modifiée comme suit :

"Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, toute personne a le droit, soit directement, soit avec l'aide d'un praticien professionnel en soins de santé, de prendre connaissance des données à caractère personnel traitées en ce qui concerne sa santé."

§ 2. L'alinéa 2 de l'article 10, § 2, de la même loi, est modifié comme suit :

"Sans préjudice de l'article 9, § 2, de la loi précitée, la communication peut être effectuée par l'intermédiaire d'un professionnel des soins de santé choisi par la

personne concernée, à la demande du responsable du traitement ou de la personne concernée."

Art. 19. L'article 95 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est remplacé par la disposition suivante :

"Art. 95. - Information médicale - Le médecin choisi par l'assuré peut remettre à l'assuré qui en fait la demande, les certificats médicaux nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat. Ces certificats se limitent à une description de l'état de santé actuel. Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assuré. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré."

L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur. Pour autant que l'assuré justifie de l'accord préalable de l'assuré, le médecin de celui-ci transmet au médecin-conseil de l'assuré un certificat établissant la cause du décès.

Lorsqu'il n'existe plus de risque pour l'assuré, le médecin-conseil restitue, à leur demande, les certificats médicaux à l'assuré ou, en cas de décès, à ses ayants droit.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 22 août 2002.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement,

Mme M. AELVOET

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice,

M. VERWILGHEN.

## IV. Les tests psychologiques.

Les tests se distinguent par leur mode d'administration, leur matériel, leurs consignes, leur but, leur mode de correction, etc. D'où l'intérêt de parvenir à des classifications. Il est possible, pour simplifier, de regrouper les tests soit en fonction de leur forme, soit en fonction de leur finalité. Nous aboutirons ainsi à un tour d'horizon assez complet du matériel présent sur le marché. Au chapitre suivant, nous détaillerons les tests les plus couramment appliqués.

### LA FONCTION DES TESTS.

-----

#### a) Les tests d'efficience.

-----

Cette grande catégorie regroupe des finalités différentes.

#### a) Les test d'intelligence.

Ces tests cherchent à mesurer cette qualité de la façon la plus " pure " possible, c'est-à-dire indépendamment des facteurs de culture ou d'apprentissage. L'intelligence ainsi mesurée pourrait se définir approximativement comme une aptitude à raisonner de façon rapide, logique et sensée.

#### b) Les tests d'aptitude spécifique.

Ces derniers peuvent concerner aussi bien l'intelligence verbale ou numérique que des aptitudes sensorielles ou motrices.

#### c) Les tests de connaissance.

Les tests de connaissance s'apparentent davantage à une mesure des capacités. *La capacité pour un psychologue est définie comme la somme d'une aptitude et d'un apprentissage.* L'aptitude à l'informatique sera mesurée

par un test d'intelligence logique, alors que, pour la mesure de la capacité, le candidat devra montrer qu'il sait se servir d'un ordinateur. Les tests de connaissance peuvent s'appliquer à l'orthographe, à la langue anglaise, au code de la route, à l'arithmétique, etc.

#### d) Les tests de mémoire.

Ces derniers concernent le plus souvent la mémoire à court terme. Il s'agit de faire preuve que l'on est capable de visualiser, d'assimiler et de mémoriser des dessins, des chiffres ou un texte, selon les cas.

#### b> Les tests de créativité.

-----

Différents types de mécanismes créatifs existent qui ont donné lieu à différents tests.

#### a) La mesure de fluidité.

Cette mesure concerne le nombre de réponses différentes que vous êtes capable de fournir à une même question en un temps limité. Par exemple, écrivez tous les objets rouges que vous connaissez, ou les synonymes du mot maison, ou les mots finissant par " ise ", les différents usages d'un verre, etc.

#### b) La mesure de flexibilité.

Ce type de mesure concerne l'originalité des réponses produites. Il faut non seulement fournir des réponses nombreuses mais variées et différentes de celles des autres candidats. Il faut faire la preuve que l'on peut penser de manière inhabituelle, au-delà du quotidien et du bon sens.

D'autres paramètres existent comme la capacité à trouver des symboles, à imaginer des relations, à inventer des mots, à suggérer des modifications, mais elles ne sont mesurées que dans le cas particulier de professions nécessitant un niveau élevé de créativité.

#### c> Les tests de personnalité.

-----

A l'inverse des précédents, ces tests ne s'intéressent pas aux aspects cognitifs ( les connaissances et les formes de pensée ) mais aux aspects affectifs de la personne. Quels sont ses centres d'intérêts, quel est son caractère, quels sont ses comportements habituels : tels sont les points que ces tests cherchent à mettre en évidence. Ici, pas de bonnes réponses, mais des types de personnalités différents.

#### a) Les questionnaires.

Ceux-ci se présentent sous forme de Q.C.M. et font appel à l'introspection : c'est la personne elle-même qui doit dire si elle est sujette aux insomnies, attirée par le football ou si elle a peur des araignées. Le but de ces tests est très varié : mesure de l'anxiété, de la sociabilité, de la capacité d'adaptation, du leadership, etc. Le plus souvent, il s'agit de se situer par rapport à des opinions émises, aboutissant à l'élaboration d'un profil. Ces questionnaires posent le problème de l'honnêteté des réponses, problème sur lequel nous reviendrons longuement.

#### b) Les tests objectifs.

Les tests objectifs de personnalité prennent la situation de test comme matériel. Pendant, par exemple, que les candidats planchent sur un test d'orthographe, le psychologue observe les effets de l'anxiété, la résistance au stress, l'adaptation à une situation inhabituelle, la crainte de l'échec, la tendance à falsifier ses réponses, etc.

#### c) Les tests projectifs.

Les tests projectifs sont de construction et d'interprétation plus empiriques et expérimentales que statistiques. A ce titre, ils se distinguent des autres tests et ne prennent toute leur valeur qu'entre les mains de psychologues très expérimentés. Leur utilisation devrait être limitée au domaine clinique. Le principe de certains tests projectifs est de faire parler la personne sur un matériel volontairement ambigu et non figuratif ( taches d'encre par exemple ) : ce sont *les techniques constitutives*.

Les techniques interprétatives utilisent, quant à elles, des dessins flous ou des photos comportant des personnages. Enfin, il peut s'agir de faire réaliser à la personne des dessins ou constructions sans modèle à base de matériel significatif ou non : *ce sont les techniques constructives*.

Les réponses sont donc libres et variables à l'infini. Ces tests s'appellent projectifs parce que la personne va projeter sur ses réponses son monde, son fonctionnement inconscient et ses conflits internes.

#### Quelques illustrations :

A propos des tests d'efficiency et plus particulièrement des tests d'intelligence...

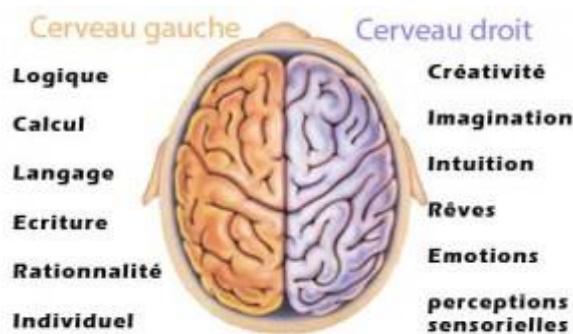
Ch. E. Spearman (1863-1945) introduit la notion de **facteur g**, qui renvoie à une conception unitaire de l'intelligence : l'intelligence est un phénomène global, qui décrit une partie des performances de chacun à des épreuves explorant les capacités et activités mentales. Il introduit ainsi également la notion de **facteurs spécifiques**. Sept facteurs différents dont trois principaux : **N - numérique**, **V - verbal**, **S - spatial**, **P - vitesse perceptive**, **M - mémoire**, **W - fluidité verbale (produire vite)**, et **R -**

raisonnement. Ces facteurs sont indépendants les uns des autres. Les trois premiers **facteurs spécifiques** sont d'ailleurs exploités dans les tests d'intelligence conçus par D. Weschler (1896-1981) notamment à travers la Wais (1955). Le **facteur g** est plus visé dans le test d'intelligence des matrices de Raven (sous sa forme PM 38 - progressive matrice, 1938).

Le facteur g est une énergie mentale, une capacité à établir des relations logiques et à les appliquer, donc un raisonnement pur. C'est la synthèse, l'analyse et la généralisation qui représente au mieux l'intelligence alors que les facteurs spécifiques représentant la manière dont le comportement intelligent se manifeste.

Les facteurs *verbal* et *numérique* augmentent jusqu'à 25/30 ans puis se maintiennent ou augmentent légèrement. Alors que les facteurs *global* et *spatial* augmentent jusqu'à 20/25 ans puis diminuent irrémédiablement.

Cette évolution clinique des facteurs de l'intelligence serait liée à la **spécialisation hémisphérique du cerveau** :

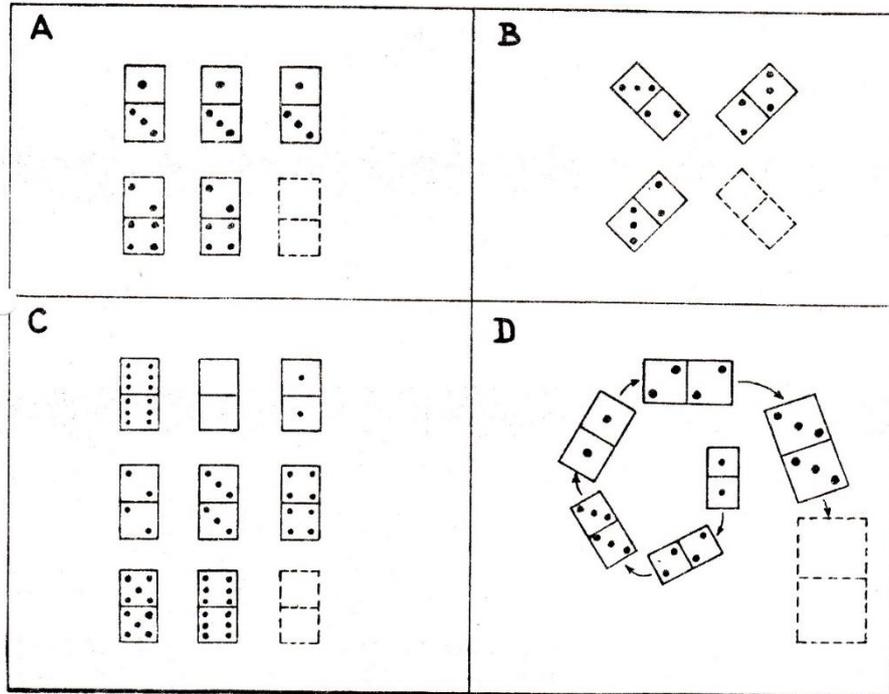


#### Exemples :

Apprécier une fleur ou une musique touche l'HD, en revanche lui donner un nom touche à l'HG.  
L'écriture en Occident touche à l'HG alors qu'au Japon, elle touche à l'HD. L'inspiration artistique, le rêve touchent à l'HD.

Test D48 de E. Anstey (1943) – test d'intelligence saturé en facteur global.

Chaque dessin représente un groupe de dominos.  
Le nombre de points sur chaque moitié de domino peut varier de 0 à 6.  
Regardez chaque groupe et cherchez la valeur du domino qui manque.



Test de vocabulaire de R. Binois & P. Pichot (1958) – test d'intelligence saturé en facteur verbal

### TEST DE VOCABULAIRE

de R. BINOIS et P. PICHOT

NOM et Prénom : _____	Note brute :
Date de naissance : _____ Date de l'examen : _____	
Diplômes : _____	Note de Groupe :
Profession : _____	

Dans les pages suivantes vous allez trouver une série de mots.

Au-dessous de chacun de ces mots se trouvent six autres mots.

Vous devez souligner celui de ces six mots qui veut dire la même chose que le mot proposé. Il n'y a jamais qu'un seul mot qui ait le même sens. Vous ne devez donc jamais souligner qu'un seul mot. — Voici deux exemples :

#### SOUHAITABLE

- opportun
- désirable
- probatoire
- analogue
- néfaste
- opérable

le mot qu'il faut souligner est **désirable** qui veut dire la même chose que souhaitable.

#### COUTUME

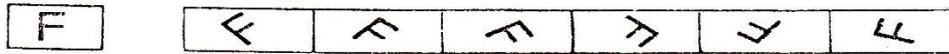
- pouvoir
- servitude
- habitude
- période
- gouverne
- travail

Quel mot faut-il souligner ?...

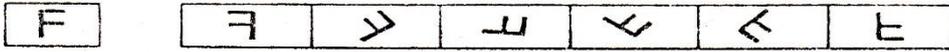
Le mot à souligner est **habitude** qui veut dire la même chose que coutume.

Test Sra Primary Abilities de L. L. Thurstone (1935) – test d'intelligence saturé en facteur spatial

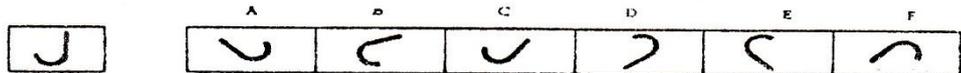
Regardez la rangée de figures ci-dessous. La première figure, qui est toute seule à gauche de la rangée, est comme la lettre F. Toutes les autres figures sont comme la première, mais elles ont été tournées dans différentes directions.



Maintenant, regardez la rangée suivante de figures. La première figure, toute seule à gauche, est comme la lettre F. Mais les autres figures ne ressemblent pas à un F, même si on les fait glisser sur elles-mêmes, pour les redresser. Elles sont toutes à l'envers.

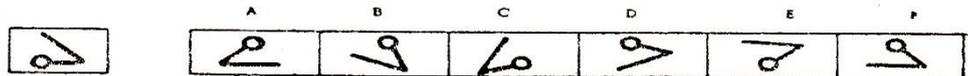


Dans la rangée suivante, certaines des figures sont comme la première figure à gauche, d'autres sont à l'envers.



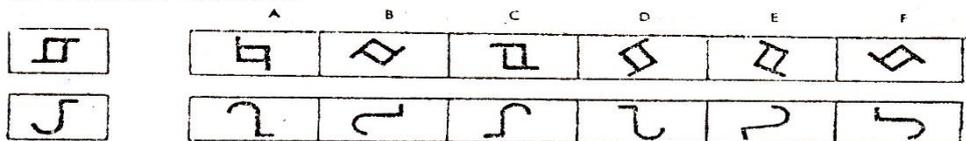
Les figures C, E et F sont COMME la première figure. C'est pourquoi on a marqué d'une croix X les lettres C, E et F sur la Feuille de Réponses. Notez que TOUTES les figures qui sont COMME la première ont été marquées d'une croix.

Dans la rangée de figures ci-dessous marquez d'une croix X, à droite, la lettre correspondant à CHACUNE des figures qui est COMME la première figure. Ne marquez pas les figures qui sont à l'envers.



Vous avez dû marquer une croix X en A et E.

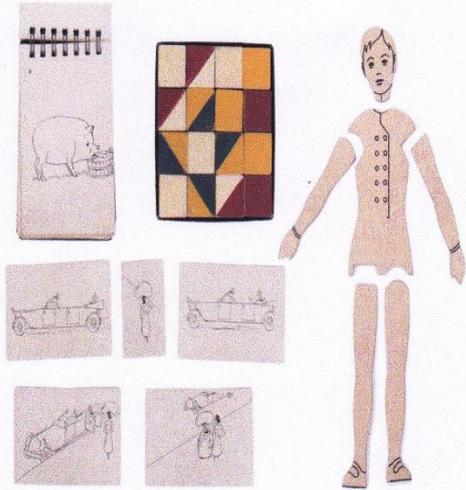
Dans les deux rangées ci-dessous, marquez d'une croix X la lettre correspondant à CHACUNE des figures qui est COMME la première figure à gauche de la rangée. En cas d'erreur, si vous voulez modifier une réponse, tracez un cercle autour de cette réponse (comme ceci ) , puis indiquez votre nouvelle réponse de la manière habituelle.



Dans la première rangée, vous avez dû marquer A, D et I.

Dans la seconde rangée, vous avez dû marquer C et F.

Test d'intelligence WAIS de D. Weshler (1968) :



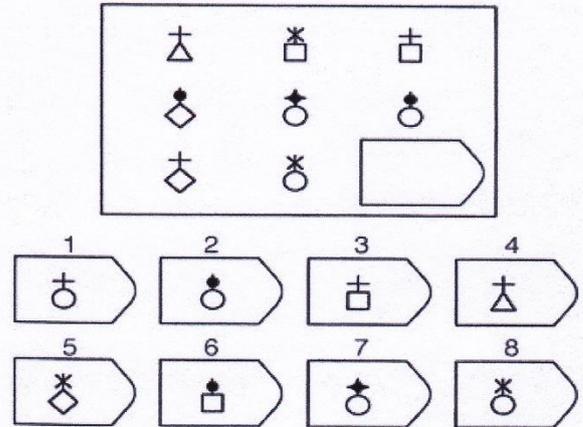
Test de frustration de S. Rosenzweig (1948) :



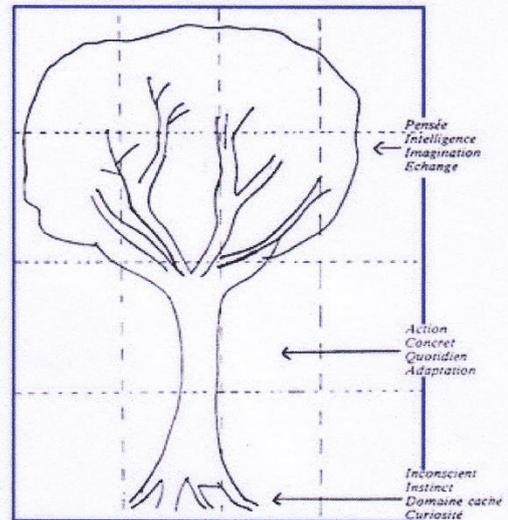
Test projectif de H. Rorschach (1921) :



Test d'intelligence des matrices de J. C. Raven (PM 38 - 1938) :



Test projectif de l'arbre de Ch. Koch (1952) :



Test projectif TAT de H. A. Murray (1935) :

