

Dr CLAUDE MIÉVILLE

*Médecin-chef secteur psychiatrique est  
Directeur médical Clinique de Nant*

1804 CORSIER s/VEVEY

Tél. (021) 51 02 41

Corsier, 11 février 1983

Maître Nils de Dardel  
Avocat  
20, Promenade St-Antoine

1204 G e n è v e

Maître,

Je vous remercie de votre lettre du 28 janvier 1983 et de l'envoi de la copie du rapport d'expertise du 30.4.82 concernant le décès d'Alain URBAN.

J'ai lu avec intérêt cette expertise et j'en ai eu froid dans le dos... Cette expertise en effet est rédigée de façon strictement scientifique, dans un état d'esprit essentiellement rationnel et logique et, à ce qu'il m'est apparu, dans l'intention délibérée à priori de justifier les attitudes médicales des responsables de l'hospitalisation tragique d'Alain Urban. Des trois experts, un seul, le Prof. Ernst, est psychiatre. Professeur universitaire, il est le pair du Prof. Tissot, il le connaît très bien, je crois même que des liens d'amitié les lient, il a les mêmes conceptions que le Prof. Tissot de la psychiatrie en général, de l'utilisation de l'institution psychiatrique et en particulier des traitements hospitaliers. Il est clair qu'une expertise confiée à un expert psychiatre dont l'orientation serait très différente, par exemple centrée beaucoup plus sur une compréhension et une thérapeutique relationnelle et psychodynamique que sur un diagnostic "scientifique" et un traitement biologique, aurait abouti à des conclusions tout à fait opposées. Comme vous le savez peut-être, la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich (Burghölzli) dont le Prof. Ernst est le directeur, a la même orientation que l'avait la Clinique Bel-Air lorsqu'elle était dirigée par le Prof. Tissot, de telle sorte que l'expert psychiatre ne peut qu'estimer légitime la prise en charge et le traitement d'Alain Urban tels qu'ils ont été faits à Bel-Air. Si l'on accepte les pratiques institutionnelles (enfermement, chambre d'isolement, cure de sommeil, électrochocs, etc.) telles qu'elles se faisaient à Bel-Air avec le Prof. Tissot

et telles qu'elles existent encore dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques classiques, il n'est pas possible de reprocher une faute professionnelle au Prof. Tissot et à son équipe. Une telle expertise me paraît donc absolument inutile: c'est un type de pratique et conception psychiatriques qu'il faut condamner et non pas des actes thérapeutiques ponctuels à propos d'un patient, actes qui peuvent toujours se justifier dans une pratique médicale.

Il m'est donc très difficile de donner mon avis sur l'expertise du Prof. Ernst. Tout au plus je me permets de relever quelques points que je trouve très discutables.

Page 6, 2, 1er paragraphe: l'expert minimise les effets secondaires désagréables des neuroleptiques. L'honnêteté voudrait que l'on signale les dyskinésies graves que les neuroleptiques peuvent entraîner, dyskinésies qui peuvent être immédiates et passagères, mais qui dans quelques cas peuvent être tardives et définitives.

Page 7, 2ème paragraphe: personnellement je ne suis pas d'accord avec le diagnostic de "catatonie maligne". D'ailleurs comme le souligne l'expert, beaucoup d'auteurs ne sont pas d'accord avec ce diagnostic qu'ils ont abandonné depuis plusieurs années. Il n'a jamais été prouvé qu'un état psychique grave entraîne des dysfonctions métaboliques et neuro-végétatives avec fièvre et hypertension artérielle, complications qui peuvent avoir bien d'autres origines que l'atteinte psychique en elle-même. D'ailleurs ce diagnostic me paraît très discutable chez Alain Urban, car l'hypertension et la fièvre ne sont apparues qu'en cours de traitement et n'existaient pas au début de l'hospitalisation.

Page 8, 3.1., 1er paragraphe: l'auteur souligne l'apparition de températures subfébriles, d'une hypertension artérielle et d'un decubitus débutant qui auraient pu justifier une thérapeutique d'électrochocs plutôt que de cure de sommeil. C'est reconnaître que ce patient était déjà mal sur un plan somatique et que son organisme se défendait mal.

Je relève que le dilemme cure de sommeil-électrochocs avec la justification de l'un ou de l'autre traitement est un faux dilemme, car il y a bien d'autres façons d'agir et de traiter un patient qui présentait la symptomatologie d'Alain Urban.

Page 9, 2ème paragraphe: l'expert décrit la médication extrêmement lourde administrée quotidiennement au patient et ajoute que "malgré cette médication, le patient était de plus en plus tendu". Il est assez étonnant que dans toute l'expertise les comportements de tension, d'excitation ou d'agitation du patient sont toujours mis entièrement sur le compte d'une maladie mentale et jamais compris comme des comportements réactionnels du patient face aux contraintes, à la situation d'enfermement, à l'incompréhension dont il était l'objet.

Pages 15 et 16: l'observation de l'infirmière montre bien que l'hypertension et la fièvre sont apparues à partir du 22 juin, au 4ème jour de la cure de sommeil et que les examens sanguins mettaient en évidence à ce moment-là déjà des valeurs pathologiques pouvant signer un début d'infection (12'100 leucocytes dont 26% de neutrophiles non segmentés).

Page 20: discussion du diagnostic de catatonie maligne. L'expert psychiatre essaie de le nuancer en posant le diagnostic de "schizophrénie à évolution cyclique, respectivement périodique (éventuellement infiltrée d'éléments maniaco-dépressifs)". On peut être d'accord avec ce diagnostic, mais pas avec celui de catatonie maligne.

Page 24, 1er paragraphe: "il n'existait pas de contre-indication à une cure de sommeil, on ne voit guère quelle solution meilleure aurait pu être trouvée à ce moment-là". Il est évident que dans un hôpital aussi anachronique que Bel-Air et avec une conception de la psychiatrie et des relations humaines aussi limitée que celle du Prof. Tissot, il n'y avait peut-être pas d'autre solution.

Page 27, 2ème paragraphe: "l'état d'excitation psychomotrice du malade en catatonie maligne était plus dangereux que les effets secondaires possibles provoqués par les médicaments prescrits à doses élevées". Encore une fois, l'état d'excitation psychomotrice du malade n'était pas dû à mon avis à sa catatonie maligne, mais à bien d'autres facteurs. En 10 ans de pratique hospitalière, je n'ai jamais vu chez un patient un état d'excitation psychomotrice réellement dangereux.

Même page, 3ème paragraphe: on parle également de malade dangereusement excité: encore une fois ce sont les conditions d'hospitalisation et de traitement qui rendent ces malades tels et non pas leur maladie.

Page 30, 1er paragraphe: "Même dans le cadre de la psychiatrie clinique moderne, l'excitation psychomotrice incoercible constitue un motif à l'application de cette mesure (isolement)..." Cette affirmation est totalement contestable. A mon avis, l'excitation psychomotrice "incoercible" n'existe pas, sinon en réaction aux conditions hospitalières de type carcéral.

Il y aurait bien d'autres remarques à faire sur cette expertise, mais finalement cet "épluchage" me paraît stérile. Et il me paraît évident que l'on ne peut reprocher une véritable faute professionnelle au Prof. Tissot. Encore une fois, c'est la mentalité d'un patron et une pratique psychiatrique qui sont en cause. A mon avis il me paraît tout à fait inutile de poser des questions supplémentaires aux experts, ils ne pourront que répondre dans le même esprit que celui du texte de leur expertise.

En restant à votre disposition pour toute remarque complémentaire, je vous prie d'agréer, Maître, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

C. Miéville

Dr C. Miéville  
médecin-chef