

Madame A. SALAMIN
Cabinet des Juges d'Instruction
PALAIS DE JUSTICE
Case postale 414

1211 - GENEVE 3

Zurich, le 18 juillet 1984
Lengenstrasse 31 Et/um

P.P. 2018/80/SA/do

Décès de Monsieur A. Urban à la Clinique universitaire de Psychiatrie de Genève

Madame,

Nous vous remercions vivement de votre lettre du 16 mai 1984 adressée au soussigné de gauche. Dans vos lignes vous nous priez de prendre position au sujet des deux avis d'expertise exprimés par le Professeur Bernheim le 22.8.1983 et le 11.5.1984 (ce dernier étant probablement arrivé chez vous le 14.5.1984 et mentionné, pour cette raison, à cette date). Vous nous demandez en particulier de spécifier si les opinions du Professeur BERNHEIM et les nôtres sont incompatibles ou non. C'est volontiers que nous répondons, comme suit, à votre question :

La divergence principale entre notre expertise et celle du Professeur BERNHEIM a trait aux conclusions finales concernant la cause du décès.

Dans l'expertise du Professeur BERNHEIM, datée du 11.5.1984, le décès n'est pas attribué à un seul, mais à la coïncidence de plusieurs facteurs. En se basant sur les résultats de l'autopsie et sur les mesures des concentrations sanguines en barbituriques et en phénothiazines, la cause la plus vraisemblable de la mort est attribuée :

a) à l'action dépressive des médicaments administrés sur la régulation centrale de la respiration:

et

b) à une infection bronchopulmonaire.

Permettez-nous de vous soumettre une nouvelle fois, en détail, les arguments plaidant en faveur d'une mort cardiaque évoqués dans notre expertise du 30 avril 1982 et de les compléter. Nous nous basons pour ce faire aussi bien sur l'évolution clinique que sur les résultats de l'autopsie et des investigations toxicologiques. L'argument principal en faveur d'une cause cardiaque de la mort suite à des troubles aigus du rythme déclenchés par la phénothiazine, réside

dans le fait d'un décès subit, en l'absence de tout symptôme prémonitoire. Les signes vitaux du patient (pouls, tension artérielle, température) étaient absolument dans les limites normales le 28.6.1980 à 22h30. Comme de coutume, le malade prit à ce moment-là les médicaments prescrits. Le 29.6.1980 à 03h30, l'infirmière renonça à le réveiller puisqu'il dormait et respirait tranquillement. Le 29.6.1980 à 06h15, on découvrit le patient inanimé. La doctoresse de garde appelée d'urgence confirma le décès et découvrit une rigidité cadavérique déjà installée au niveau des mains ainsi qu'un abaissement notable de la température du corps.

Par conséquent, la mort a dû survenir peu de temps après le passage de l'infirmière à 03h30.

Ce laps de temps extrêmement court entre une fonction cardio-respiratoire normale et un décès subit constitue l'argument le plus important en faveur d'une cause cardiaque de la mort.

On sait que les phénothiazines administrées à des doses utiles pour une cure crépusculaire, peuvent déclencher les troubles du rythme cardiaque provoquant une mort subite alors que l'examen clinique antérieur du patient ne laisse suspecter absolument aucune anomalie. De même l'examen anatomo-pathologique ne permet pas d'objectiver la cause des dysrythmies cardiaques létales puisqu'il s'agit de troubles fonctionnels se situant au niveau de la membrane cellulaire. La seule anomalie réside dans le fait d'une stase généralisée des organes périphériques (foie, rate, reins et cerveau) telle qu'elle a été constatée effectivement chez M. URBAN.

De notre côté, nous avons également considéré l'action dépressive sur le centre respiratoire des médicaments administrés et nous sommes arrivés dans le cas de M. URBAN aux réflexions suivantes : la dépression de la régulation centrale de la respiration par des doses massives de barbituriques et de phénothiazines est bien connue; mais son évolution est nettement plus lente et - même si l'on prend en considération le rôle joué par l'infection bronchopulmonaire - elle ne mène pas à la mort dans un aussi bref délai, en particulier lorsqu'il s'agit d'un patient âgé de 27 ans. Par conséquent, il est très improbable que la mort doit être attribuée, dans ce cas, à une combinaison de a) une action dépressive sur le centre respiratoire des médicaments administrés et b) une infection bronchopulmonaire.

Les divergences d'opinion sur la cause de la mort sont relativement faciles à expliquer.

Tous les experts s'accordent pour dire, qu'à elle seule, l'autopsie n'a pas pu établir la cause de la mort; il fallait donc s'appuyer sur des documents supplémentaires qui, sous forme de données toxicologiques et d'un dossier médical détaillé, se trouvaient à disposition. L'expert médecin-légiste, se basant sur ses résultats d'autopsie et sur les données toxicologiques arriva à la conclusion évidente citée plus haut, que la cause de la mort était mixte et primitivement respiratoire. En tant qu'experts cliniciens, nous avons, autre les résultats d'autopsie et de toxicologie, attribué une valeur particulière à l'analyse détaillée de l'évolution clinique et sommes arrivés à la conclusion que la mort est due à une cause primitivement cardiaque. Cette dernière éventualité est du reste exprimée par l'expert médecin-légiste dans son rapport du 11.5.1984 à la page 5. Il n'est pas exclu que s'il avait

tenu compte de l'évolution clinique, il aurait accordé plus d'importance à cette cause du décès.

Quant à la responsabilité des médecins traitants, l'expert médecin-légiste aussi bien que l'expert interniste s'entendent pour dire que la cause exacte de la mort - qu'elle soit respiratoire ou cardiaque - doit être attribuée aux médicaments administrés.

Il reste la question principale, celle de savoir si les médicaments, compte tenu de l'ensemble de la situation psychiatrique, ont été prescrits à des doses correctes. A ce sujet, nous signalons la prise de position de l'expert pharmacologue du 6.7.1983. Il y relève que les concentrations sanguines et tissulaires des barbituriques étaient relativement basses et ne se situaient en aucun cas dans la zone toxique (ce qui cadre bien avec l'absence, citée précédemment, d'une dépression respiratoire progressive). Par contre en se basant sur ses considérations détaillées, il estime que les concentrations en phénothiazines mesurées, sont non déterminantes. Mais à l'heure actuelle, les trois experts soussignés s'accordent pour dire que tous les médicaments psychotropes prescrits, administrés isolément ou en association, l'ont été à des doses correctes (voir l'expertise de base du 30.4.1982, ed. originale (n. autr.) p. 31 et suiv. et p. 44).

Le terme de "catatonie maligne" désignant l'évolution dangereuse de la psychose du patient qui est également citée dans les prises de position du prof. BERNHEIM ne donne lieu à aucune différence entre sa conception et la nôtre. Nous rappellerons d'ailleurs qu'il ne s'agit pas, en l'occurrence, du diagnostic d'une "nouvelle maladie" dans laquelle la psychose serait passée sous silence, mais d'une terminologie connue surtout dans les pays de langue allemande pour désigner une psychose dégénérant dangereusement sur le plan somatique. Puisqu'un traitement de cet état par des électrochocs ne pouvait être appliqué - nous en avons détaillé les raisons dans notre première expertise - on procéda à une thérapeutique adéquate par des phénothiazines et par d'autres médicaments psychotropes. A l'époque, la complication dangereuse et rare, secondaire à l'administration des phénothiazines, devait sembler beaucoup moins probable qu'une évolution létale de la maladie psychiatrique de base (voir l'expertise de base du 30.4.1982, ed. originale (n. autr.) p. 24, 29 et suiv.).

Au vu de l'évolution ultérieure de la maladie, ce n'est en dernier lieu pas la catatonie maligne non traitée qui causa la mort, mais bien un incident imprévisible secondaire à l'action des phénothiazines.

En résumé, nous n'avons pas l'impression que la prise de position du Prof. BERNHEIM est inconciliable avec la nôtre, mais nous considérons notre point de vue concernant la cause de la mort comme un complément clinico-pharmacologique aux constatations faites par l'expert en médecine légale. Enfin nous soulignons que là où apparaissent des divergences entre les conceptions médico-légale et clinico-pharmacologique, il n'a été discuté que la question de la cause de la mort et non celle d'une faute professionnelle.

Avec nos sentiments de parfaite considération.

Signé :

Prof. K. Ernst
médecin-chef
Directeur de la
Clinique Psychiatrique
universitaire - ZURICH

Prof. P. FRICK
Directeur du Dépt.
de médecine interne
Hôpital Cantonal
universitaire ZURICH

Prof. R. PRELSIG
Directeur de l'Institut
de Pharmacologie
clinique de l'université
de Berne - BERNE

Traduction 28.8.1984