

Jean GUILLERMIN
médecin
26, rue des Bains
1205 - Genève

Genève le 22 avril 1983

173

Me Nils de DARDEL
20, Promenade Saint-Antoine
1204 - GENEVE

Monsieur,

Voici mes impressions sur le rapport d'expertise concernant la mort d'Alain URBAN; je vous autorise d'en faire usage à votre gré et suis à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Globalement, l'aspect le plus criticable consiste dans le manque total de dialectique : jamais différentes possibilités ne sont discutées de façon contradictoire et cela se retrouve à tous les niveaux. Ainsi, la personnalité d'Alain, le diagnostic, la thérapeutique et finalement les causes de la mort sont définis de manière absolument unilatérale. Il n'en aurait pas été autrement si les auteurs avaient voulu justifier à tout prix l'attitude de la Clinique Bel-Air dans cette affaire.

Je vais donc tenter, point par point, de rétablir quelque peu la discussion des éléments du rapport de Zürich.

La personnalité d'Alain URBAN

On peut lire (p.8) "... on n'insistera pas sur l'anamnèse psychique intime du patient ...". Il s'agit bien là de l'annonce claire que cette expertise ne tient pas compte d'éléments psychodynamiques (= psychologiques) pour tenter d'expliquer le pourquoi de l'hospitalisation ou pour essayer de comprendre comment Alain a pu ressentir les différentes mesures prises à son égard et quelles répercussions elles ont pu avoir sur son état.

Seuls, les aspects considérés comme négatifs de sa personnalité sont mis en avant; ainsi, quand on parle de drogues (p. 10, 13 et 20), il n'est jamais précisé qu'à notre connaissance Alain n'a consommé que du haschich (il avait même arrêté depuis plusieurs années). De même, les aspects "fous" sont mis en avant, ce qui impressionne le "profane", alors que rien n'est dit sur Alain entre ses périodes de crise, c'est à dire que ses richesses, ses capacités, sont passées sous silence; on nous montre sa révolte dans cette situation d'hospitalisation particulièrement répressive comme une preuve de sa folie alors qu'elle pouvait, dans son trouble profond, être à ses yeux son ultime possibilité de se défendre contre des mesures qu'il ne pouvait vivre que comme destructives, voire mortelles.

Ainsi, on s'étonne de certaines réactions alors qu'elles contiennent certaines fois des éléments montrant des tentatives maladroitement de se raccrocher à sa réalité :

p.13 "... il eut même une altercation avec un agent ..."

p.16 "... veut qu'on l'aime, nous rejette en même temps..."

"... prend un aide-infirmier pour père et l'insulte..."etc

Le diagnostic

D'entrée en matière, on peut s'étonner de constater que des experts puissent poser un diagnostic précis sans avoir rencontré Alain alors qu'habituellement, les psychiatres considèrent qu'il faut connaître un patient depuis de nombreuses années pour tenter de le faire. Quand on sait que la "catatonie maligne" est rarissime actuellement et que Bleuler, dans son livre qui traite de la schizophrénie, chiffre le risque de mort à 1% dans cette catégorie de troubles (qui comprend les formes catatoniques), ceci dans une période où les neuroleptiques n'existaient pas (1911) on peut s'étonner du choix diagnostique qui a été fait.

Dans les manuels de Bleuler (1911, 1916 et 1943), je n'ai pas retrouvé les critères pour poser le diagnostic de "catatonie maligne", si l'on se fie aux experts, on voit que trois éléments sont nécessaires : la fièvre, l'hypertension et l'agitation incoercible.

La fièvre : les experts l'estiment trop peu importante pour signer une bronchopneumonie (alors que d'autres résultats sont compatibles avec un état infectieux : globules blancs, et vitesse de sédimentation augmentés).

"... L'état fébrile et l'ascension des chiffres de la tension artérielle étaient limités dans le temps et se normalisèrent spontanément ..."

Cependant, ils la jugent suffisante pour justifier leur choix diagnostique ; ils sont alors en contradiction avec un ouvrage de 1979 (*) qui, au travers d'une revue de 47 publications en langue anglaise, française, italienne, allemande et espagnole, étudie ce problème de "catatonie maligne" (en anglais : "fatal catatonia" ou "acute exhaustive mania") ; le cas cité en exemple a présenté une fièvre à plus de 40°

(*) WENDKOS M.H.; Sudden death and psychiatric illness; SP medicals and scientifics books, 1979

(maximum à 43,3°), ce qui est loin d'être le cas d'Alain.

D'autres causes possibles de fièvre ne sont pas discutées comme par exemple la possibilité d'une réaction dangereuse aux neuroleptiques qui figure dans la documentation de la Terfluzine comme une raison d'arrêter la médication immédiatement.

L'hypertension : Pour ce point aussi, il y a contradiction puisqu'ils disent eux-mêmes qu'elle n'était que passagère mais ils la jugent suffisante pour justifier la "catatonie maligne" ; là encore, ils sont en contradiction avec l'ouvrage cité plus haut qui décrit des hypotensions avant la phase terminale.

D'autres causes ne sont pas envisagées : troubles cardiaques, effet du stress ou de la fièvre, trouble des électrolytes du sang (potassium), etc. En tout cas, il eut été possible de faire un EGG pendant cette période, relativement calme.

L'agitation incoercible : Pour le "profane", la description du comportement d'Alain est impressionnante mais pour quiconque a déjà travaillé avec des gens dans cet état, on remarque que de grands passages calmes existaient, pendant lesquels Alain acceptait la nourriture, la boisson et les médicaments ; ainsi, son agitation n'était que périodique et ne correspond pas à ce qui est décrit dans le livre cité.

Si l'on admet l'hypothèse, connaissant Alain, d'une nécessaire lutte contre des mesures vécues comme menaçantes, cette notion d'agitation prend même une autre teinte.

Un autre point intéressant n'est pas discuté dans ce rapport, c'est le fait qu'Alain était sous traitement de Lithium et de Melleril avant sa rechute qui a débuté lorsque, sous le coup d'une difficulté affective, il a cessé de prendre ses médicaments ; or le Lithium n'est efficace la plupart du temps que chez les maniaco-dépressifs, il s'agit même presque d'un critère diagnostic (+).

Ainsi, si l'on considère les divers diagnostics à différents moments, par différentes personnes, on remarque de

(+) PICHOT P ; Actualités de la schizophrénie
PUF Paris 1981

nombreuses divergences malgré certaines lignes directrices. Ceci me semble être une preuve de la grande difficulté qu'il y a à choisir un diagnostic définitif et rend, à mon avis, très discutable le choix fait par les experts de la "catatonie maligne", catégorie rare trop restreinte et par surcroît mal étayée, ce n'était en plus pas l'avis du Pr. TISSOT.

La thérapeutique

En plus de son état de crise, l'hospitalisation non-volontaire et l'idée qu'Alain avait de Bel-Air ne pouvaient que rendre difficile son entrée; ainsi, à part de rares personnes en qui il a pu avoir un peu confiance, un rapport de force semble s'être rapidement établi, ceci n'a pas facilité les choses. Dans ce contexte, le recours à des moyens répressifs d'isolement, de probables injections de force et la décision d'une "cure de sommeil" n'ont constitué qu'une escalade dans laquelle on peut penser qu'il se sentait gravement menacé. L'installation préliminaire de relations de confiance, même si cela avait été long, aurait sûrement permis de partir sur de meilleures bases.

D'emblée, il faut relever que le choix qui est mentionné à plusieurs reprises dans ce rapport entre les électrochocs la "cure de sommeil" et rien du tout est absolument fallacieux ; c'est comme s'il n'existait pas de moyen terme entre des doses massives de médicaments et rien du tout, c'est un peu vouloir accuser les défenseurs de la cause d'Alain de le laisser mourir dans son coin sans rien faire pour lui.

Une autre chose m'a étonné, devant l'échec manifeste de la médication ; personne n'a pensé avoir recours à d'autres produits, l'Haldol (halopéridol) avait déjà tiré Alain de sa crise, le Lithium avait montré son utilité et il existe de nombreuses autres formules de neuroleptiques, relativement différentes, les unes des autres.

Il n'est pas indiqué que certains produits peuvent avoir aussi des effets paradoxaux comme l'anxiété, l'agitation et même le délire. Dans le même ordre d'idées, il n'est pas dit que les barbituriques (Tuinal) peuvent potentialiser les neuroleptiques (et réciproquement) ni que ces derniers peuvent provoquer de la fièvre.

Un autre fait important est que l'on nous parle à plusieurs reprises des difficultés qu'avait Alain à déglutir lorsqu'on lui donnait à boire et à manger (p. 15 et 17), dans ces conditions, on peut se demander s'il n'était pas dangereux de l'alimenter par la bouche ; ainsi, la cure crépusculaire se rapprochait d'une vraie cure de sommeil comme celle définie dans le rapport.

L'épisode de fièvre modérée, qui aurait dû inciter à la prudence, a au contraire été suivi par une multiplication de doses, déjà énormes, par un facteur 1,5.

Jamais il n'est fait mention d'une possibilité d'aide par un abord psychologique.

Les causes de la mort

On remarque que les experts, dont un est pourtant pharmacologue, ne parlent absolument pas des dosages toxicologiques qui ont été pratiqués : qu'en est-il exactement ?

L'alternative existe entre une mort d'origine pulmonaire et une mort due à un trouble cardiaque, mais les experts ne la discutent pas, leur choix paraît un peu rapide, en tout cas, en plus du problème toxicologique, ils négligent certains éléments.

La mort d'origine pulmonaire est plausible par la présence de la broncho-pneumonie (dont les signes existent dans la formule sanguine) et par la constatation d'une aspiration bronchique, oubliée par les experts, qui peut être mise en relation avec les troubles de déglutition décrits ; le rôle des barbituriques (Tuinal), agissant comme dépresseurs du centre respiratoire pourrait aller dans ce sens.

Pour une cause cardiaque, on a la présence d'organes de stase et les lésions focales du myocarde ; avec bien entendu la possibilité d'un trouble dû aux neuroleptiques.

Au sujet d'une origine cardiaque, on trouve dans le même ouvrage sur les causes de mort soudaine (réf voir p.2.) la mention que l'usage de mesures répressives ou d'isolement peuvent en eux-mêmes ou à cause de la résistance qu'on leur oppose, augmenter les risques de mort soudaine ; l'expérimentation animale a bien montré que des stress auxquels on ne peut échapper provoquent une hypertension (&) et parfois la mort avec des lésions cardiaques comparables à celles qui nous occupent.

Le cas relaté dans le livre de Wendkos présentait aussi des organes de stase et un oedème du cerveau.

(&) LABORIT. H ; L'inhibition de l'action ; Masson, Paris 1979

Il est donc très délicat de trancher et je ne veux pas m'y risquer mais on remarque en tout cas que plusieurs mesures ont joué un rôle certain ; la "cure de sommeil" (faut-il encore la mettre entre guillemets ?) avec ses énormes doses de médicaments, la négligence des signes d'une affection pulmonaire et probablement les agissements vécus par Alain comme particulièrement répressifs et menaçants.

Conclusions :

Même sans faire appel à des théories prenant plus en cause les aspects psycho-dynamiques, on s'aperçoit que malgré un aspect a priori "scientifique", ce rapport ne rend absolument pas compte de toutes les questions que l'on doit se poser devant une telle situation et qu'en l'occurrence une attitude aussi schématique peut avoir des conséquences dangereuses voire mortelles ; c'est justement le reflet de ce que l'on peut reprocher à la Clinique Bel-Air dans cette affaire.

On est en droit d'attendre d'un psychiatre digne de ce nom qu'il soit capable à tout moment de se remettre en question suivant la personne et l'instant. L'utilisation de traitements aussi dangereux peut d'ailleurs être évitée comme cela semble se passer dans cette clinique depuis cette tragique affaire.

A coup sûr, on peut conclure que ce rapport, même sans parler de problèmes d'écoles, est hautement criticable.

Jean GUILLERMIN

J. Guillermin