

M/6

Dr CLAUDE MIÉVILLE

Médecin-chef secteur psychiatrique est
Directeur médical Clinique de Nant

1804 CORSIER s/VEVEY

Tél. (021) 51 02 41

COPIE

Corsier, 18 novembre 1987

021 321 0241

J. n. 946 10 50

Monsieur le Juge d'Instruction
L. KASPER-ANSERMET
Palais de Justice

G e n è v e

Monsieur le Juge,

Par votre lettre du 28 septembre 1987, vous m'avez confié la mission d'expert dans l'affaire de la maladie, puis de la mort de Monsieur Alain URBAN à la Clinique Bel-Air le 29 juin 1980.

Après avoir

- examiné attentivement les documents que vous m'avez confiés, c'est-à-dire le dossier médical de la Clinique Bel-Air, les copie du rapport établi par le Collège des experts le 30 avril 1982, du rapport de l'Institut de médecine légale du 11 mai 1984, du rapport complémentaire du Collège des experts du 18 juillet 19 du procès-verbal de l'audience de confrontation des experts du 21 janvier 1987,
 - étudié le dossier de la cause (PP 2018/80) dans les locaux du Palais de Justice de Genève,
 - consulté le Dr Jacques Diezi, professeur de pharmacologie à l'Université de Lausanne,
 - étudié la littérature médicale au sujet de la "catatonie pernicieuse", de la cure de sommeil et des toxicités médicamenteuses,
- j'ai l'honneur de vous adresser mon rapport d'expertise dont les conclusions tenteront de répondre aux questions que vous m'avez posées.

PREAMBULE

En psychiatrie, les critères diagnostiques n'ont pas encore été validés par des données concernant des constatations biologiques ou d'importantes corrélations telles l'évolution clinique, l'histoire familiale ou la réponse au traitement, et reposent essentiellement sur un jugement clinique. Comme chacun sait, il existe différentes écoles psychiatriques orientées selon une compréhension du trouble mental. En conséquence le traitement de ce trouble mental peut être très différent selon que l'accent est mis sur une théorie biologique, psychodynamique, comportementale, etc. Selon l'école à laquelle appartiennent les médecins concernés par le décès d'Alain Urban ou les experts appelés à donner leur opinion, on pourrait courir le risque de déboucher sur le procès d'une certaine psychiatrie contre une autre. Or, non seulement il n'est pas possible de démontrer que l'une de ces conceptions psychiatriques est meilleure qu'une autre, mais de plus ce débat serait stérile et le Tribunal ne pourrait pas trancher.

Notre position est essentiellement clinique et fait fi de toute théorie psychiatrique. Nous insistons donc sur le fait que notre appréciation clinique et notre diagnostic ne se basent que sur les faits d'observation qui ont été consignés dans le dossier médical. Ces faits consignés restent le seul dénominateur commun entre médecins et soignants concernés d'une part, expert. de l'autre.

Après ce préambule, nous nous proposons de rappeler les antécédents d'Alain Urban jusqu'à l'hospitalisation à Bel-Air le 14.5.1980 (ces renseignements sont tirés des deux dossiers de la Clinique Bel-Air, celui de 1973 et celui de 1980).

ANTECEDENTS

C'est à l'âge de 18 ans qu'Alain Urban est hospitalisé pour la première fois en milieu psychiatrique, pendant quatorze jours à la Clinique La Métairie à Nyon (du 14 au 28.5.1971) pour un état dépressif anxieux. Chez cet adolescent, ce déséquilibre psychique aigu fait suite à ses premières relations sexuelles et à un sentiment profond de culpabilité. En effet, en avril 1971 il s'est épris de l'amie de son frère et en l'absence de celui-ci a flirté avec elle. Il est profondément anxieux, à la limite de la dépersonnalisation. Quinze jours après sa sortie de la Métairie, il doit être réhospitalisé à Préfargier pour un traitement hospitalier qui durera six semaines avec le diagnostic de "décompensation anxieuse grave". Après ce premier épisode dépressivo-anxieux, Alain Urban retrouve son équilibre psychique, passe son baccalauréat et fait une année de théologie à l'Université. Puis en automne 1972 il part en voyage en Extrême-Orient avec un ami. C'est au printemps 1973, alors qu'il se trouve à Bali, qu'il développe un état d'angoisse bientôt suivi d'une bouffée délirante mystique d'allure maniforme qui nécessite son hospitalisation en milieu psychiatrique. Rapatrié après quelques jours, il est hospitalisé à la Clinique Bel-Air du 2.5. au 1.7.1973. Le diagnostic posé est "bouffée délirante à thème mystique, vraisemblablement secondaire à une prise massive de drogue".

Sept ans vont s'écouler entre ce premier séjour à la Clinique Bel-Air et le deuxième séjour à partir du 14.6.1980. De cette période, caractérisée par l'absence de décompensation psychique aiguë et vécue en partie à Zurich, nous pouvons relever les éléments suivants. Médicalement le patient a été suivi par le Dr Deriaz, psychiatre qui le connaissait depuis son adolescence et en dernier lieu par le Dr Schuller, qui lui prescrivait du Melleril et du Lithium. Sur le plan professionnel il avait changé d'orientation,

faisant des études d'ingénieur agronome et obtenant son diplôme à Zurich en 1978. Parallèlement à ses études il a suivi une psychothérapie approfondie à la clinique jungienne de Zurich. Psychologiquement il avait fait un travail considérable sur lui-même, au point qu'il était devenu très ambivalent quant à son avenir professionnel lorsqu'il revint à Genève. C'est ainsi qu'il travailla comme éducateur dans un centre pédagogique et qu'il envisageait même de devenir psychothérapeute.

Dans les semaines qui ont précédé la décompensation aiguë du 14.6.80, Alain Urban était en proie à un conflit sentimental. Lié depuis trois ans et demi à son amie Sylvie, il était devenu "amoureux fou" d'une autre.

C'est une semaine avant l'accès aigu qui a motivé son hospitalisation qu'il avait décidé de rompre avec son amie Sylvie. Le 14.6.1980 au matin survient alors l'hospitalisation d'urgence du patient à Bel-Air sur certificat d'internement d'un psychiatre de garde, le Dr Bachmann. Dans ce certificat ce médecin parle de "décompensation psychotique probablement à la suite d'une rupture sentimentale. A été arrêté au petit matin par la police, déambulait, agité et excité. Lors de l'examen état d'excitation, incohérent, euphorie, pas d'idées délirantes..."

SEJOURN LA CLINIQUE BEL-AIR.

EVOLUTION DU PATIENT.

SON TRAITEMENT (du 14.6.80 jusqu'à son décès le 29.6.80)

Pour ce chapitre, nous nous sommes basé uniquement sur le dossier clinique de Bel-Air et les phrases entre guillemets renvoient à ce dossier.

Dès le début Monsieur Alain Urban a été opposé à son hospitalisation. Il réagit violemment lorsque la police l'interpelle et le conduit au poste, il fait une tentative de fugue à la sortie de l'ambulance lorsqu'il arrive à Bel-Air. Par la suite il n'a cessé de protester verbalement contre cette hospitalisation. A son arrivée le médecin (Dr Schafner) le décrit comme "agité, agressif, incohérent, discordant".

Dans la matinée "il est plus calme, mais reste anxieux... Présente des incohérences idéiques ainsi que psychomotrices, davantage qu'une fuite des idées. Très interprétatif et symbolique quant aux objets (en mangeant construit tout un discours délirant sur un morceau de viande lié à ses relations sentimentales). ("J'aimerais être comme ce morceau de viande et être mangé à la fois par Sylvie et Eliane...").

Les médecins (Dr Dubuis et Dr Schafner) posent le diagnostic de "décompensation psychotique aiguë actuellement sans composante maniaque franche". Le malade, dont on apprend qu'il avait interrompu dix jours auparavant son traitement de Melleril-Lithium, est mis en chambre d'isolement et reçoit "Prazine-Phénergan comme sédation, Terfluzine comme antipsychotique".

Pour le lendemain 15 juin, le dossier donne les renseignements suivants:

"Même type de comportement, légèrement moins tendu, capable d'être plus cohérent lorsqu'il est tranquilisé et encadré par une présence qu'il aimerait constante, mais il reste inadéquat et discordant. Toujours pas d'hallucinations mises en évidence".

Par ailleurs, le personnel infirmier note:

Reçoit la visite du père qu'il renvoie assez vite. Explique ensuite qu'il ne l'a pas fait avec méchanceté, mais qu'il n'avait pas envie de le voir. Ensuite visite d'Eliane qui le réjouit beaucoup... Je sors ensuite Alain sur le domaine. Il est assez cohérent dans l'ensemble, tant au niveau du discours que du comportement. Il explique très clairement qu'il était angoissé durant sa crise, mais dit que cela va beaucoup mieux. Par rapport à ses problèmes sentimentaux, pense pouvoir concilier l'amour de ses deux amies... Demande à quitter la

clinique, mais accepte sans autre d'attendre demain après avoir discuté avec tous les soignants qui se sont occupés de lui".

16 juin:

"A bien dormi toute la nuit. Etat amélioré par rapport à la veille. Encore quelques moments de tension qui s'apaisent très rapidement si on le sécurise. Est sorti sur le domaine accompagné, a beaucoup apprécié, a durant la promenade spontanément abordé le problème de son ambivalence sentimentale qui semble être une source d'angoisse importante".

Après cette période de calme caractérisée par une bonne relation entre le patient et son infirmier, on assiste dans la même journée, en fin d'après-midi et vers le soir à la réapparition de la tension puis l'agitation.

17 juin: sous l'effet de ses calmants le patient a dormi toute la matinée et c'est vers 15 heures qu'il commence à nouveau à s'agiter. En fin de journée

"il se calme. Vers 18 heures reçoit la visite de son avocat qui se passe bien. vers 19.30 heures redevient tonique et casse un verre. Remis en isolement".

Le dossier relève que c'est pendant les nuits du 17 au 18 et du 18 au 19 juin qu'Alain Urban a été agité, a frappé bruyamment contre la porte de sa cellule et qu'à chaque fois on lui a donné des réserves médicamenteuses pour l'obliger à dormir.

19 juin:

"Le matin se réveille vers 8 heures, déjeune dans sa chambre... A 10 heures prend un bain puis reste dans le couloir jusqu'à 12 heures, a pris son repas dans le couloir... Calme et relativement cohérent au début de l'après-midi. Est présenté au Prof. Tissot, lequel indique une cure de sommeil. Alain, lorsqu'on lui propose de prime abord refuse, demandant à téléphoner à son avocat. Finalement il accepte car il n'existe pas d'autre issue et reçoit à 17 heures la prise d'induction par voie parentérale, sans difficulté ni réelle opposition. Le patient est long à s'endormir, car il lutte contre les médicaments".

Le médecin (Dr Schafner) a noté de son côté:

"Patient vu par le Prof. Tissot qui pose le diagnostic de schizophrénie probable. La décision est prise de commencer une cure de sommeil dès à présent".

Commentaires concernant les 6 premiers jours d'hospitalisation précédant le début de la cure de sommeil.

Selon la description donnée par les observateurs, le diagnostic posé par les médecins lors de l'admission de Monsieur Alain Urban à Bel-Air me paraît correct ("décompensation psychotique aiguë sans composante maniaque"), et le traitement médicamenteux justifié. Si l'indication à une mise en chambre d'isolement peut paraître discutable, il faut se rappeler qu'une telle décision correspondait à une pratique habituellement en usage à Bel-Air à l'époque pour beaucoup d'admissions faites de force contre le gré d'un patient.

L'observation d'Alain Urban par les médecins et infirmiers montre que ce patient s'était détendu et ne posait pas de problèmes particuliers, ni d'ordre médical ni d'ordre disciplinaire et on l'avait sorti de la chambre d'isolement. C'est le soir du quatrième jour, après la visite de son avocat qui lui signifie qu'il n'a pas le pouvoir de le faire sortir de l'hôpital, qu'Alain fait une réaction violente de type carcéral, cassant un verre, et qu'alors il doit être "remis en isolement". Il en résulte que les deux nuits suivantes il est agité, cogne contre la porte de sa cellule et qu'on doit lui donner des réserves de médicaments pour le faire dormir. Si les nuits sont agitées, par contre les journées ne posent pas de problème particulier et lorsque le Prof. Tissot le voit le 19 juin, il est "calme et relativement collaborant" .

Cure de sommeil du 19 juin au soir jusqu'au décès le 29 juin

Cette période a été caractérisée par la lutte constante du patient contre l'endormissement; des attitudes de révolte, en particulier après le 21 juin lorsqu'il a pris connaissance de la décision du Conseil de surveillance psychiatrique de maintenir son hospitalisation; des périodes de calme, de cohérence, de soumission, avec humeur dépressive; et surtout de états de confusion mentale pendant lesquels le patient chantait, pleurait, déversait son thé dans sa chambre, urinait n'importe où, bouchait les toilettes; enfin, des altérations importantes des paramètres cliniques de l'état somatique. Nous décrirons successivement l'état psychique et l'état somatique d'Alain Urban pendant la cure, puis le traitement administré.

1° Etat psychique du patient

Le niveau de la vigilance a oscillé entre des périodes d'éveil, de somnolence ou de sommeil très profond. Le Dr Schafner relève, au début de la cure, "le patient a tendance à dormir peu la nuit". En effet, comme nous l'avons souligné plus haut, chaque nuit le patient a été éveillé, souvent agité et a reçu des médicaments en réserve, sauf pendant la dernière nuit où peu après 22.30 heures il était plongé dans un sommeil profond.

L'état thymique et psycho-affectif est marqué par l'alternance d'attitudes d'opposition, d'agressivité, de révolte et d'attitudes de dépression, de prostration ou de régression. Le médecin a noté:

25.6.: "Le patient présente des périodes de comportement agité, voire même agressif, et d'autres où il est passif, soumis et prostré". Le 28.6.: "... Alternance de phases de révolte avec d'autres où il se montre très régressé.

Dans le dossier infirmier, le 21.6.:

"... Crie, réclame son avocat quand il sent qu'il se laisse aller". Plus loin: "... A 20 heures le patient est très éveillé, devient agressif envers le médecin et les infirmiers". Le 23.6.: "...Le patient est calme, pleure, dit

être triste. Le 24.6.: "Patient moins agressif, veut qu'on l'aime, nous rejette en même temps. Pleure facilement". La nuit suivante: "Le patient résiste au sommeil, ne veut pas dormir dans cette chambre. Il chante, pleure, tape des poings sur la porte". C'est la même chose les jours suivants, c'est-à-dire une alternance "d'états régressés où il veut qu'on s'occupe de lui comme d'un bébé" et d'états d'agressivité et de révolte ("dit bien aimer les infirmières, mais détester les médecins..."). Le 26.6. on a noté: Reste toujours très déprimé, pleure souvent.

Cette période de cure est encore caractérisée par l'apparition de moments de confusion mentale à partir du 23 juin. Le 23, il répand du thé dans sa chambre. Dans la nuit du 24 au 25 la veilleuse a noté entre autres:

"... Vers 1.30 heure, nous le trouvons au milieu de la chambre inondée (il a bouché les toilettes)".

La nuit suivante,

"à 23.30 heures il identifie Albano à son père et le traite de salaud". Dans la nuit du 27 au 28 "se réveille vers 4 heures, tape contre les murs, parle très haut, se saisit du pot d'eau qu'il renverse sur lui: "Je veux de l'eau partout, crie-t-il". Peu après il a donné un coup de poing à un infirmier et par la suite pleure et demande pardon à "Madame sa mère", la veilleuse en l'occurrence.

Relevons qu'en dehors de ses moments de confusion qui apparaissent surtout la nuit, Alain Urban a toujours été cohérent. Les notes des médecins, aussi bien que celles du personnel infirmier, ne font plus du tout mention de symptômes d'une psychose aiguë comme celle qu'il présentait à l'entrée (il avait alors un trouble du cours de la pensée, des incohérences idéiques, était interprétatif et symbolique), pas plus d'ailleurs que de la problématique passionnelle qu'il évoquait à son entrée en clinique et dont il semble n'avoir plus reparlé. La "décompensation psychotique aiguë à la suite d'une rupture sentimentale", qui avait nécessité l'hospitalisation ne jouait, semble-t-il, plus aucun rôle dans le tableau clinique complexe que le patient présentait entre le 18 et le 29 juin.

2° Le problème somatique

Dès le début de la cure, il est relevé dans les notes du dossier que le patient a beaucoup de peine à avaler, soit parce qu'il souffre d'une trop grande sécheresse des muqueuses, soit parce qu'il est trop somnolent. Dès le 22 juin on constate une labilité de la TA et parfois des poussées hypertensives.

La température a passé de 36,8 le 21 juin à 37,8 le 22 et elle est restée fébrile ou subfébrile oscillant entre 37 et 38 jusqu'au 26 juin. Le 28 au soir elle était de 37.

La radiographie pulmonaire faite le 24 juin est interprétée par la Dresse Courteheuse, médecin interniste à Bel-Air qui voit le patient le 25 juin, comme ne montrant rien de particulier. Mais selon le radiologue dont le rapport ne parvient qu'après la mort du patient, ce cliché révélait "la présence d'opacités nodotrabéculaires... correspondant à des foyers de broncho-pneumonie à la phase subaiguë".

La formule sanguine du 23.6.1980 montre un état infectieux. La VS est de 30 mm pour la lère heure (alors qu'elle n'était que de 10 mm une semaine auparavant). Les globules blancs sont à $12'000/\text{mm}^3$ (normal 5-7000), déviation gauche avec 54% de neutrophiles segmentés et de 26% de neutrophiles non segmentés (normal 5-10). Lymphocytes 11% (normal 10-25).

La Dresse Courteheuse est partie en vacances le 27 juin sans avoir vu cette formule sanguine (déclaration au juge d'instruction le 1.9.1981). Il ne semble pas que la doctoresse ait été remplacée par un médecin interniste de service. Par ailleurs, les médecins psychiatres ne font aucune commentaire dans le dossier sur cette formule sanguine pathologique.

Dans la nuit du 25 au 26 juin la veilleuse note:

"Il est très difficile de lui donner la prise de 3.30 heures. Très endormi, avec des problèmes de déglutition. S'étouffe facilement. TA 17/10" (souligné par la veilleuse).

Le 27: "Nous avons beaucoup de peine à le réveiller ce matin, encombré, ayant beaucoup de peine à avaler".

C'est le 25 juin qu'on a noté un début d'escarre au talon gauche: "Ampoule percée au talon gauche".

En ce qui concerne les nuits, notons encore que chaque nuit jusqu'au 28 juin, Alain Urban s'est réveillé et s'est montré plus ou moins agité. Or, dans la nuit du 28 au 29 il dormait profondément, de telle sorte que pour la première fois il n'a pas reçu de médicament vers 3 heures du matin, et n'a pas été dérangé. Il n'a donc pas été contrôlé cliniquement entre 22.30 heures et 6.15 heures, heure à laquelle l'infirmière l'a trouvé mort, "couché sur le sol devant la porte des toilettes, recroquevillé".

3° Médicaments administrés pendant la cure de sommeil

Le tableau figurant ci-dessous oriente sur le type de médicaments et sur les doses qui ont été administrées à Monsieur Alain Urban.

	19.6.	20.6.	21.6.	22.6.	23.6.	24.6.	25.6.	26.6.	27.6.	28.6
PHENERGAN mg	100	200	300	250	250	200	300	300	300	350
MELLERIL mg	200	400	600	200						
TERFLUZINE mg	50	20	30	40	50	40	60	60	60	50
NOZINAN mg				300	500	400	600	600	600	500
PRAZINE mg							50			
ARTANE mg		5		10		15	20	10	15	15
TUINAL mg	400	800	1200	800	1000	800	1600	1800	1800	1500
ROHYPNOL mg			2	2	8	8	10	12	12	10

Cette cure médicamenteuse correspond à l'association de
1 sédatif inducteur et potentialisateur (Phénergan),
4 neuroleptiques antipsychotiques (Melleril, Terfluzine, Nozinan,
Prazine),
2 somnifères, un barbiturique (Tuinal), un benzodiazépine (Rohyp-
nol).

En ce qui concerne les doses administrées, on voit qu'elles ont été
augmentées régulièrement au fur et à mesure que la cure se prolongeait,
de telle sorte que dans les derniers jours le patient recevait quotidiennement

- Phénergan 300 - 350 mg
- Terfluzine 60 mg
- Nozinan 600 mg
- Tuinal 1800 mg
- Rohypnol 10-12 mg.

L'augmentation progressive des doses nous paraît résulter plus de
la résistance du patient à la cure de sommeil, que d'une posologie
classique ou connue.

RESULTATS DE L'AUTOPSIE

Le Prof. Bernheim qui a pratiqué l'autopsie a décrit les constatations suivantes:

- 1° un état infectieux broncho-pulmonaire: foyers broncho-pneumoniques, bronchite chronique;
- 2° des foyers de nécrose focale récents au niveau du coeur (myocarde) en l'absence d'altération des vaisseaux cardiaques (artères coronaires et capillaires);
- 3° des organes de stase: cerveau, foie, reins, rate.

Dans l'interprétation de ces constatations, on sait que deux thèses se sont opposées quant à la cause de la mort.

1) Thèse du Prof. Bernheim:

"Le Tuinal provoque une dépression du centre respiratoire et diminue la résistance de l'organisme à un état infectieux. Conclusions du Prof. Bernheim: "Je confirme que c'est bien la conjonction des deux facteurs infectieux et médicamenteux qui apporte une explication convaincante pour le décès". (Procès-verbal de l'audience de confrontation des experts du 21.1.1987).

2) Thèse des experts qui ont signé la première expertise
(Prof. Ernst, Prof. Frick, Prof. Preisi):

Pour eux, la mort a résulté d'un trouble aigu du rythme déclenché par la Phénothiazine, "complication dangereuse, rare, imprévisible" (rapport complémentaire du Collège des experts du 18.7.1984).

Le Prof. Bernheim, aussi bien que les experts susmentionnés, ont été d'accord pour dire que l'autopsie à elle seule ne permet pas d'établir la cause de la mort (même document).

ANALYSE

Nous avons donné la description détaillée du séjour hospitalier de Monsieur Alain Urban à la Clinique Bel-Air en juin 1980. A partir de cette description, basée essentiellement sur les faits cliniques observés et consignés dans le dossier médical aussi bien par les médecins que par le personnel infirmier, nous allons analyser ces événements.

Le 14.6.1980 Alain Urban est amené contre sa volonté et de force à la Clinique Bel-Air avec un certificat médical d'internement donnant comme diagnostic "décompensation psychotique probablement à la suite d'une rupture sentimentale". A la Clinique Bel-Air,

le Dr Dubuis qui examine le patient dans la journée, confirme ce diagnostic tout en précisant qu'il n'y a pas d'état maniaque ("décompensation psychotique aiguë, actuellement sans composante maniaque franche").

Entre le 14 et le 19 juin le dossier donne une description du patient qui va dans le sens du décours de la bouffée psychotique aiguë ayant nécessité l'admission: le patient présente encore des moments d'incohérence avec discours bizarre et symbolique, mais à d'autres moments il est parfaitement dans la réalité, établit un contact adéquat, en particulier avec quelques infirmiers et avec les visites qui viennent le voir. Il est tantôt calme, tantôt agité, se révoltant toujours contre son hospitalisation, faisant des démarches pour quitter l'hôpital.

La description de cet état clinique correspond parfaitement au diagnostic de décompensation psychotique aiguë posé par le médecin de garde qui a demandé l'admission et par le Dr Dubuis qui a soigné le patient pendant les premiers jours. En effet, une décompensation psychotique aiguë ou psychose réactionnelle brève se caractérise par les critères suivants décrits dans le DSM-III* :

- a) Les symptômes psychotiques apparaissent immédiatement après un stress psycho-social identifiable, lequel produirait des symptômes significatifs de détresse chez la plupart des gens (on sait que chez Monsieur Alain Urban il s'agissait d'un conflit sentimental).
- b) Le tableau clinique comporte un bouleversement émotionnel et des symptômes psychotiques tels que l'incohérence ou relâchement des associations, parfois des idées délirantes ou des hallucinations, ou encore un comportement désorganisé.
- c) Le stress psycho-social n'est pas précédé d'une période comportant des symptômes psycho-pathologiques d'intensité croissante (Monsieur Alain Urban présentait un bon équilibre psychique avant sa décompensation aiguë).

* Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

d) La perturbation n'est due à aucun autre trouble mental tel un trouble mental organique ou un épisode maniaque. (Monsieur Urban ne présentait pas de trouble mental organique qui aurait pu être dû par exemple à la consommation de drogue ou d'alcool, ni un épisode maniaque).

Ajoutons encore que la psychose réactionnelle brève survient habituellement au cours de l'adolescence ou chez l'adulte jeune et que les sujets présentant un trouble de la personnalité (personnalité narcissique, schizo-typique, borderline, etc.) sont particulièrement exposés à son développement.

Après avoir confirmé et précisé le diagnostic du trouble mental aigu présenté par Monsieur Alain Urban en 1980, il nous paraît important d'aborder également le problème du trouble de sa personnalité.

Les antécédents que nous avons décrits nous permettent de faire l'hypothèse que Monsieur Alain Urban présentait une "personnalité limite" (dite aussi borderline). Je me réfère ici à la description donnée par le DSM-III:

La personnalité borderline comporte une instabilité dans des domaines variés comme l'attitude vis-à-vis d'autrui, l'humeur et l'image de soi, sans qu'aucun trait considéré isolément ne soit constamment présent. Les relations interpersonnelles sont souvent intenses mais dénuées de stabilité... L'humeur est souvent instable, avec des changements marqués d'une humeur normale à une humeur dysphorique ou avec une colère intense et inappropriée. Une perturbation profonde de l'identité peut s'exprimer par une incertitude dans divers domaines touchant à l'identité comme l'image de soi, l'identité sexuelle, les objectifs à long terme et les valeurs. Il peut y avoir des difficultés à supporter la solitude et des sentiments permanents de vide. L'alternance entre la dépendance et l'affirmation de soi est habituelle. Des troubles psychotiques comme la psychose réactionnelle brève peuvent compliquer ce trouble.

La fragilité émotionnelle de Monsieur Alain Urban, les incertitudes qu'il a montrées dans ses liaisons affectives et sexuelles, et dans le choix d'une carrière, sa recherche de son identité et de son image de soi dans une psychanalyse, correspondent à notre avis aux caractéristiques d'une personnalité borderline.

En résumé, l'analyse du dossier nous permet de confirmer le diagnostic de psychose réactionnelle brève posé à l'admission et au début de l'hospitalisation et de compléter ce diagnostic par un diagnostic de personnalité (personnalité probablement "borderline").

Nous allons discuter maintenant les diagnostics de schizophrénie et de catatonie maligne ou pernicieuse posés respectivement par le Prof. Tissot et par les Prof. Ernst, Frick et Preisi dans leur expertise.

1) La schizophrénie

Selon le DSM-III,

"la schizophrénie est caractérisée par la présence de certaines manifestations psychotiques durant les phases actives de la maladie, des symptômes typiques impliquant des processus psychologiques multiples, une détérioration par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur, la survenue avant l'âge de 45 ans et une durée d'au moins six mois. A un moment donné de la maladie, la schizophrénie implique toujours une détérioration par rapport à un niveau de fonctionnement antérieur dans des domaines tels que le travail, les relations sociales et le soin de sa personne. Souvent la famille et les amis s'aperçoivent que le sujet "n'est plus le même"."

Monsieur Alain Urban, lui, n'a jamais présenté de détérioration par rapport à l'état antérieur. Après sa première décompensation à 18 ans, il se remet, passe son bac et fait un an de théologie. Après l'hospitalisation de 1973 à Bel-Air, il poursuit ses études, obtient son diplôme d'ingénieur agronome, puis travaille à Genève comme éducateur, se cherchant toujours dans son identité professionnelle, se montrant très actif dans différentes activités sociales et humaines, militant dans l'Adupsy. Sur le plan affectif et sexuel, alors qu'il est lié à une amie, il devient "amoureux

fou" d'une autre. Il n'y a donc aucune détérioration, aucun retrait de sa vie sociale, professionnelle ou affective, bien au contraire, ce qui infirme le diagnostic de schizophrénie. Notons que le Prof. Tissot a été prudent puisqu'il a parlé de "schizophrénie probable".

2) La catatonie maligne ou pernicieuse

Relevons tout d'abord que les médecins de la Clinique Bel-Air n'ont jamais posé un tel diagnostic et que toutes leurs décisions thérapeutiques, y compris la cure de sommeil, ont été prises sans que ce diagnostic soit jamais évoqué. Les experts de la première expertise ont prétendu, eux, qu'Alain Urban était atteint d'une catatonie maligne. Or, la catatonie maligne n'est pas une maladie mentale mais un syndrome décrit en particulier par des auteurs allemands, syndrome qui est ignoré de la terminologie psychiatrique française, contesté par la plupart des auteurs et qui n'est même pas mentionné par le Professeur suisse Bleuler dans la dernière édition (1979) de son traité. Dans une thèse publiée en 1982 à Lausanne intitulée "La catatonie dite "pernicieuse", le Dr Georges Gabris décrit la catatonie aiguë

"comme une évolution particulière mais non spécifique se caractérisant par des signes somatiques et qui est à considérer comme une urgence médicale nécessitant un traitement particulier. Il est erroné de vouloir considérer que la catatonie aiguë constitue une maladie sui generis avec des lésions anatomo-pathologiques spécifiques. Il paraît plus judicieux de considérer la catatonie aiguë comme une manifestation particulière de l'organisme à une agression au sens large".

Puis l'auteur distingue dans la catatonie aiguë deux réactions particulières:

- l'hyperthermie maligne (tachycardie, hyperthermie, rigidité musculaire), affection considérée comme héréditaire, pouvant être déclenchée entre autre par différents médicaments, et
- le syndrome malin aux neuroleptiques, tableau où dominant l'effet secondaire des neuroleptiques, des troubles de la déglutition, une tachycardie intense, une hyperthermie qui peut dépasser 40°. L'étiologie de ce syndrome qui peut mener à l'exitus reste obscure.

L'auteur conclut que les manifestations somatiques rencontrées lors d'une catatonie aiguë sont l'expression d'une agression somato-psychique par des facteurs non spécifiques (stress, agents pharmacologiques).

Des auteurs américains (Mann, Stanley et Hall) dans un travail paru en 1986 (Am.J.Psychiatry 143: 1374-1381) ont étudié ce qu'ils appellent la "Lethal Catatonia", désordre neuro-psychiatrique fébrile menaçant la vie. Ils estiment que la catatonie létale est un syndrome et pas une maladie spécifique qui peut se développer en association avec certains désordres médicaux affectant le système nerveux central. Ils ajoutent:

"De ce point de vue, le syndrome neuroleptique malin peut être considéré comme une forme iatrogénique de catatonie létale induite par les neuroleptiques ("From this perspective, neuroleptic malignant syndrome may be considered a neuroleptic-induced iatrogenic form of lethal catatonia"). Ils ajoutent, "les neuroleptiques sont inadéquats pour traiter la catatonie létale et en fait peuvent aggraver ou compliquer le tableau de ce désordre."

La catatonie maligne n'est donc pas une maladie spécifique en soi et si l'on parle de catatonie létale, il s'agit d'un désordre grave neuropsychiatrique et biologique secondaire à un traitement par neuroleptiques. Le diagnostic de catatonie pernicieuse proposé par les premiers experts comme maladie primaire d'Alain Urban doit donc être rejeté.

Monsieur Alain Urban lors de son admission et pendant les premiers jours à Bel-Air présentait un excellent état général (VS et formule sanguine d'entrée normales), et les désordres somatiques ne sont apparus qu'après le début de la cure de sommeil. Ils ont consisté en troubles de la déglutition, poussées hypertensives, une tachycardie, un état infectieux révélé par la fièvre, l'augmentation de la VS, la modification de la formule sanguine,

un encombrement bronchique, sans parler des foyers broncho-pulmonaires révélés par la radiographie qui malheureusement n'a été interprétée qu'après coup. Le tableau clinique complexe qui s'est développé au fur et à mesure que se déroulait la cure de sommeil, correspondait à l'association

- de facteurs endogènes (décours de la psychose réactionnelle aiguë), et
- de facteurs exogènes (désordres psychosomatiques graves avec état infectieux, confusion mentale, intoxication médicamenteuse).

Les facteurs endogènes provenaient de la psychopathologie du patient, les facteurs exogènes étaient dus à une iatrogénie médicamenteuse et à un état infectieux.

RESUME

Au terme de cette analyse du séjour de Monsieur Alain Urban à la Clinique Bel-Air en juin 1980, nous pouvons affirmer

- que ce patient présentait une psychose réactionnelle aiguë à son entrée à la Clinique Bel-Air,
- qu'il était alors en bon état physique, sans aucun symptôme de pathologie somatique,
- qu'il ne souffrait pas de schizophrénie, ni du syndrome contestable et discutable appelé la catatonie maligne,
- qu'il n'était absolument pas en danger de mort du fait de ses troubles psychiques,
- que ce n'est que pendant la cure de sommeil que sont apparus des signes d'une infection, des troubles psychiques exogènes

(état d'épuisement, moments de confusion mentale) et des troubles des fonctions vitales (difficultés à la déglutition, réponse paradoxale aux médicaments, décubitus à un talon, etc.).

REPONSES AUX QUESTIONS POSEES

a) La mesure d'isolement en cellule d'Alain Urban avant la cure de sommeil était-elle justifiée dans son principe, sa durée et ses modalités?

- L'isolement d'un patient en cellule fait partie de toute une gamme de moyens de contention qui ont été utilisés en psychiatrie depuis toujours vis-à-vis de patients agités et désorganisés. Ces moyens auxquels on a recouru surtout à l'ère asilaire, avant l'ère des neuroleptiques, allaient de la camisole de force, du lit à treillis, etc., à la cellule d'isolement. A notre époque, ces formes de contention ont disparu, à l'exception des cellules d'isolement qui existent encore dans quelques hôpitaux psychiatriques. En 1980 la cellule d'isolement était toujours utilisée dans les divisions de Bel-Air, alors que depuis longtemps d'autres hôpitaux psychiatriques, devant faire face aux mêmes situations aiguës, y avaient totalement renoncé. En effet, si à la phase aiguë de la maladie il est nécessaire parfois de contenir un patient agité dans une chambre ou dans une division fermée, on sait qu'il est antithérapeutique de l'isoler en cellule, le privant de contact et de communication rassurante, le laissant seul face à ses angoisses, à son délire ou à ses hallucinations.

En ce qui concerne la situation d'Alain Urban, les notes du personnel infirmier montrent bien que ce patient pouvait se

détendre dans le contact, la discussion, les promenades, alors qu'isolé dans sa cellule, surtout la nuit, il recommençait à s'agiter. Mais la psychiatrie pratiquée à Bel-Air en 1980 était une psychiatrie biologique et médicale, c'est-à-dire qu'un patient en phase psychotique aiguë comme Alain Urban était soigné essentiellement par des médicaments et des mesures d'isolement. Sa personnalité n'intéressait pas les médecins. Nous lisons dans le Rapport de la Commission d'enquête sur les IUPG: "Le malade est accueilli à Bel-Air comme un sujet porteur d'une maladie dont il faut traiter les symptômes les plus alarmants. Ce mode d'approche sous-estime la prise en compte de la personnalité du patient".

Dans le cas d'Alain Urban, on constate que toutes les réactions d'opposition et de révolte ont été mises sur le même plan que les symptômes psychotiques ou ont été confondues avec eux. Il est frappant de relever dans le dossier qu'on évoque de façon précise le diagnostic (décompensation psychotique aiguë, puis plus tard schizophrénie probable), mais que nulle part on ne décrit la personnalité ni le comportement dans ce qu'ils pouvaient avoir de normal ou de pathologique. La problématique du patient a été évoquée par un médecin à l'admission, mais uniquement avec le frère et l'amie de l'intéressé, elle n'a jamais été abordée par les médecins avec le patient lui-même à ce moment ou par la suite.

Il s'exerçait donc, en 1980 à Bel-Air, un type de psychiatrie médicalisée et biologique centrée sur un savoir académique qui aboutissait à une observation et à un traitement auquel le patient devait se soumettre. S'il s'y opposait il était "traité" dans une relation de force et de pouvoir médical.

Nous répondons donc à la question posée qu'en considération d'une telle pratique de la psychiatrie, toute mesure d'isolement pouvait être justifiée dans son principe, sa durée, ses modalités.

b) La cure de sommeil a-t-elle été prescrite en vertu d'une indication réelle, valable et reconnue?

- En 1980, la cure de sommeil était encore prescrite couramment à la Clinique Bel-Air, ce qui allait dans la logique de la psychiatrie de cette institution: le patient agité ou oppositionnel était soigné dans une cure de sommeil, traitement qui visait à une normalisation de son comportement et le réduisait à l'impuissance et au silence. Par contre, à cette époque la cure de sommeil était abandonnée depuis longtemps dans beaucoup d'hôpitaux psychiatriques, car elle était considérée comme une thérapie anachronique, dangereuse, peu efficace à moyen et à long terme. Pour certains auteurs, son indication était même contre-indiquée au cours des psychoses aiguës:

"Nous n'avons jamais voulu utiliser la cure de sommeil dans ce qu'elle peut avoir de coercitif, autrement dit les états d'agitation aigus au cours des psychoses. Ces dernières nous semblent relever davantage d'une psychothérapie, aidée certes de la chimiothérapie, que d'une camisole chimique qui, pour éluder dans l'immédiat les problèmes, ne peut que les reporter dans des conditions où l'intégrité psychologique du malade se trouve amoindrie" (P. Loo et alt. Annales psychologiques, Paris, 129ème année, No 3).

Alain Urban, après le décours de la flambée psychotique initiale, a présenté un comportement tantôt calme, tantôt agité, dû autant à des réactions de révolte et d'opposition qu'à son état psychotique. C'est alors que le 19.6.1980 il est vu par le Prof. Tissot

qui pose le diagnostic de schizophrénie probable et qui décide de commencer une cure de sommeil.

Pourquoi cette décision a-t-elle été prise à ce moment-là?

Comme nous l'avons vu, ce traitement n'a pas été prescrit en raison d'une nouvelle crise d'agitation du patient, ni dans une situation clinique aiguë ou incontrôlable. Le Prof. Tissot a-t-il décidé cette cure en fonction du nouveau diagnostic qu'il posait, sans être toutefois catégorique (schizophrénie probable)? Nous ne le savons pas et nous ignorons pour quelle raison le Prof. Tissot a imposé cette mesure qui a été prise dans un climat passionnel, d'une heure à l'autre, sans aucune préparation. Or, il n'existe pas dans la littérature médicale de cure de sommeil faite en urgence, sans préparation du patient, sans examen somatique, même sommaire, comme ce fut le cas à l'égard d'Alain Urban. Il ne nous appartient pas de faire des hypothèses sur ce premier et unique face-à-face entre d'une part le Prof. Tissot, patron de la Clinique Bel-Air, et d'autre part le patient Alain Urban, récalcitrant et animateur de l'Adupsy, face-à-face où s'affrontaient non seulement le médecin et le malade, mais encore l'inconscient de deux personnalités antagonistes.

En résumé, pour répondre à la question posée, nous ne pouvons pas comprendre quelles ont été les raisons d'imposer une cure de sommeil à Monsieur Alain Urban. A notre avis, aucune indication scientifique ni médicale précise ne pouvait justifier cette cure dans son principe, sa durée, ses modalités.

c) A-t-il été constaté médicalement qu'Alain Urban souffrait d'une bronchite et, dans l'affirmative, cet élément constituait-il une contre-indication absolue à la cure de sommeil?

- D'après le dossier médical, aucun symptôme tel que toux, dyspnée, pouvant faire penser à une bronchite, ne semble avoir été constaté. La fièvre est apparue le 22 juin et Monsieur Alain Urban a été ausculté le lendemain, 23 juin, par le Dr Schafner qui a noté: "Auscultation physiologique". Ce n'est que le 27 juin au matin que le dossier infirmier décrit le patient comme "très ralenti, ayant de la peine à avaler, encombré".

Nous pouvons donc répondre par la négative à la question posée.

d) Les contrôles de l'état du patient pendant cette cure ont-ils été suffisants, le cas échéant, certaines constatations auraient-elles dû être faites qui devaient conduire à l'interruption de cette cure?

- Aucun examen somatique préalable à la cure n'a été effectué. Pendant la cure, les contrôles cliniques habituels (température, pouls, tension artérielle) ont été faits régulièrement par le personnel infirmier quatre à cinq fois par jour jusqu'au soir du 28 juin à 22.30 heures. Ces contrôles ont révélé à partir du dimanche 22 juin une ascension thermique qui est allée jusqu'à 38°, une tachycardie (jusqu'à 124 puls./min.), des poussées hypertensives (jusqu'à 17 cmHg), signes qui pouvaient révéler une infection et un dérèglement des centres nerveux. Les examens sanguins effectués le jour après l'apparition de la fièvre, c'est-à-dire le 23 juin, parlaient en faveur d'un processus infectieux (augmentation de la VS, hyperleucocytose

avec déviation gauche). La radiographie du thorax faite le 24 révélait des "foyers de broncho-pneumonie à la phase subaiguë", selon le rapport du radiologue parvenu post mortem. Or, pendant la cure les médecins non seulement n'ont pas découvert l'origine broncho-pulmonaire de l'infection, mais encore n'ont pas tenu compte de cette infection elle-même: la doctoresse interniste est partie en vacances sans voir le résultat de la formule sanguine, les médecins psychiatres n'ont pas vu ou pas tenu compte de ce résultat, l'auscultation du patient n'a pas été répétée, il n'y a pas eu de traitement antibiotique, enfin et surtout la cure de sommeil n'a pas été interrompue, mais poursuivie au contraire avec une escalade des doses médicamenteuses. Or, "la survenue d'un état fébrile est considérée comme une contre-indication absolue à la poursuite du traitement de cure de sommeil" (Prof. Bleuler).

Dès le 27 juin Monsieur Alain Urban était ralenti, hébété, avait de la peine à avaler, s'encombrait, signes évidents de complications graves de son état.

Force nous est donc de constater que si les contrôles infirmiers de l'état du patient pendant la cure ont été faits normalement et régulièrement, mettant en évidence une infection aussi bien que des effets secondaires inquiétants dus aux médicaments, les médecins n'en ont pas tenu compte. A notre avis, la cure devait être interrompue dès les premiers signes fébriles et infectieux le 23 juin. A fortiori, elle devait l'être le 27 juin au moment de l'apparition de troubles graves des signes vitaux (troubles de la déglutition, de la respiration, réaction

paradoxale aux médicaments).

e) Les médicaments administrés à Alain Urban, compte tenu de leur quantité, de leur qualité et de leurs interactions réciproques, étaient-ils compatibles avec les normes reconnues d'une cure de sommeil?

- Les médicaments prescrits appartiennent, du point de vue chimique ou pharmacologique, à quatre groupes différents que nous allons considérer successivement:

1. Phénothiazine: 3 médicaments de ce groupe ont été administrés simultanément au patient: Terfluzine^R (trifluopérazine), Nozinan^R (lévomépromazine), Phénergan^R (prométhazine). Les produits de ce groupe possèdent des effets pharmacologiques très semblables, les deux derniers médicaments nommés ayant un effet sédatif particulièrement marqué. Les doses qui ont été prescrites dans ce groupe sont extrêmement élevées pour chacune des spécialités, ce qui aboutit évidemment à une surcharge massive. Ces produits ayant tous des propriétés pharmacologiques et toxiques très semblables, font donc courir des risques d'effets indésirables directement additifs. Les effets toxiques des phénothiazines sont fréquents, et peuvent entraîner la mort.
2. Benzodiazépines: un représentant de ce groupe a été prescrit: Rohypnol^R (flunitrazépan) également à doses massives (12 mg/ 24 heures). Ce produit est un hypnosédatif particulièrement puissant, généralement prescrit comme somnifère à la dose de 2 mg/jour. Le risque principal de ce genre de médicament est d'entraîner une dépression du système nerveux central.

3. Barbituriques: des médicaments de ce groupe ont été administrés sous forme de Tuinal^R, mélange d'amobarbital et de séco-barbital. A nouveau les doses utilisées sont extrêmement élevées, alors que plusieurs des effets toxiques des barbituriques pouvaient s'ajouter à ceux des médicaments décrits précédemment.

4. Anticholinergiques: l'Artane^R (trihexylphénidine) a été prescrit vraisemblablement dans le but de prévenir un des effets indésirables des phénothiazines (syndrome de Parkinson). La dose administrée a été d'emblée extrêmement élevée, ce qui est inhabituel dans cette indication (d'ailleurs discutable) et ce qui augmente naturellement les risques de toxicité et d'interaction médicamenteuse.

L'association de ces quatre groupes de médicaments dont les effets se potentialisent et qui ont tous été prescrits à des doses massives, n'est mentionnée dans aucun traité ou article de psychiatrie consacré à la cure de sommeil. Cette association entraînait un risque très élevé de toxicité et d'interaction médicamenteuse incontrôlable. Une telle prescription de médicaments devait être justifiée par une appréciation rationnelle du risque et du bénéfice pour le patient. Or, il ne ressort nullement du dossier médical qu'il y ait eu un contrôle rigoureux et attentif des manifestations éventuelles de toxicité médicamenteuse, par exemple par des examens cliniques et des dosages sanguins.

En conclusion, le cocktail médicamenteux utilisé dans la cure de sommeil en cause a associé pendant plusieurs jours des substances hautement actives, chacune à dose massive. Dans ces conditions les risques d'effets toxiques étaient particulièrement

élevés. Les effets dépresseurs sur le système nerveux central et la toxicité à l'égard du système cardio-vasculaire d'un tel mélange sont les plus notables et auraient dû imposer une surveillance très étroite de l'état physique du patient.

f) Quelles sont les causes cliniques de la mort d'Alain Urban?

- L'autopsie n'a pas permis de déterminer d'une manière absolument précise la cause exacte de la mort. Les auteurs de la première expertise ont choisi d'identifier la cause du décès à une dysrythmie cardiaque fatale en rapport avec l'effet des phénothiazines. Ils ne présentent aucune preuve substantielle en faveur de cette hypothèse, se contentant d'observer qu'il s'agit-là d'une complication rare mais connue de l'application des phénothiazines et que la présence de changement de "stase" dans des spécimens d'autopsie suggère un arrêt cardiaque primaire plutôt que toute autre cause de décès possible. En ce qui concerne la première observation, le fait que des phénothiazines aient causé de la dysrythmie primaire dans des cas antérieurs et rares, ne suffit pas à justifier l'hypothèse que c'était le cas pour Alain Urban. En ce qui concerne la deuxième observation, les changements de stase en matière d'autopsie sont d'origine très peu spécifique et en aucun cas ne suggèrent spécifiquement l'arrêt cardiaque comme cause de décès.

De l'avis du Prof. Bernheim (procès-verbal du 21.1.1987 de la confrontation des experts, page 3) l'absorption massive de Tui-nal "provoque une dépression du centre respiratoire et diminue la résistance de l'organisme à l'état infectieux". Le Prof. Bernheim ajoute: "Je confirme que c'est bien la conjonction des deux facteurs infectieux et médicamenteux qui apporte une explication convaincante pour le décès".

Au vu des réponses que nous avons apportées aux questions d) et e), nous nous rallions aux conclusions du Prof. Bernheim en ajoutant que le Tuinal n'était pas seul à pouvoir entraîner une dépression du centre respiratoire mais aussi les benzodiazépines, en particulier le Rohypnol. A notre avis donc, la cause de décès de loin la plus plausible est l'arrêt respiratoire consécutif à la suppression par ces médicaments des centres de contrôle respiratoire médullaire. Cette conclusion se justifie par les faits suivants:

1. Des éléments pathogènes compatibles avec une pneumonie par aspiration ont été découverts chez le patient. Ceci suggère une diminution du réflexe pharyngien ayant entraîné une pneumonie par aspiration. Le contrôle du réflexe pharyngien est une fonction du tronc cérébral et si ce réflexe est supprimé, la probabilité devient forte d'une dépression respiratoire, puis d'un arrêt respiratoire.
2. A 3.30 heures le 29 juin, la veilleuse remarqua que le patient respirait "tranquillement" et ne lui donna pas la dose de médicament prévue. S'agissant d'un patient qui avait été agité chaque nuit, qui se montrait réfractaire à la cure et aux calmants, on peut penser que cette respiration représentait une dépression respiratoire dangereuse.

Tout ceci nous fait penser que chez ce patient épuisé, affaibli par un état infectieux qui durait depuis une semaine, intoxiqué par des doses massives de médicaments, c'est un arrêt respiratoire plutôt qu'une dysrythmie cardiaque primaire qui a été la vraie cause de la mort.

g) Au regard des normes reconnues et admissibles en matière de cures de sommeil et de traitement psychiatriques, y a-t-il eu erreur ou faute médicale lors du traitement d'Alain Urban?

- Comme nous l'avons relevé, la plupart des psychiatres hospitaliers en 1980 avaient renoncé aux cures de sommeil, traitement considéré comme dangereux, peu efficace à moyen et à long terme et peu économique pour l'institution, car nécessitant une surveillance intensive et un personnel accru. Elles étaient cependant pratiquées à Bel-Air où on en avait probablement une certaine expérience.

En ce qui concerne Monsieur Alain Urbain, la cure de sommeil décidée le 19 juin 1980 par le Prof. Tissot soulève les problèmes de son indication, de son application, de son contrôle.

Pour l'indication, nous ne voyons ni les raisons médicales et cliniques, ni les arguments théoriques qui poussaient à prescrire une telle cure. Comme nous l'avons relevé plus haut, pour certains auteurs, la psychose aiguë et l'attitude oppositionnelle chez un patient sont plutôt des contre-indications à la cure de sommeil. Ne sachant pas ce qui s'est dit dans le colloque entre le Prof. Tissot et ses collaborateurs avant cette décision, nous ne pouvons que faire une hypothèse à ce sujet: à notre avis, face à la résistance d'Alain Urban à son traitement hospitalier, il était dans la logique du système de Bel-Air de chercher à "casser" le patient, à vaincre ses défenses par l'emploi d'une chimiothérapie lourde comme permettait de le faire la cure de sommeil, d'où une indication qui serait plus d'ordre subjectif que scientifique. Nous n'avons pas à critiquer cette conception de la pratique psychiatrique hospitalière qui imposait de force un traitement calmant plutôt qu'une solution qui aurait consisté à engager un dialogue

permettant une compréhension réciproque et une collaboration entre le soigné et les soignants. Les membres de la Commission d'enquête sur les IUPG ont déjà donné leur avis à ce sujet (voir page 21).

Pour l'application de la cure, il faut relever que, contrairement aux mesures préconisées dans les traités

- la cure a été décidée et introduite brutalement d'une heure à l'autre, sans préparation psychologique du patient et sans contrôle minimal de son état somatique (ECG, radiographie pulmonaire, examens sanguins et urinaires, éventuellement EEG, etc.);
- les doses médicamenteuses utilisées, déjà considérables au départ, ont été augmentées progressivement jusqu'à des taux extrêmement élevés, jamais signalés dans la littérature, sans aucun dosage des taux plasmatiques ni aucune préoccupation concernant les interactions médicamenteuses.

Quant au problème du contrôle de la cure, ou plutôt du contrôle du patient en cure de sommeil, l'analyse du dossier nous a permis de faire les constatations suivantes:

Sur le plan infirmier, les contrôles habituels ont été correctement effectués toutes les 4 à 6 heures.

Sur le plan médical

- aucun compte n'a été tenu des signes d'infection que faisait soupçonner l'élévation de la température et qui ont été confirmés par l'augmentation de la VS et la pathologie de la formule sanguine;
- un seul contrôle clinique, d'ailleurs très partiel, du patient, a été effectué par l'interniste de garde, la Dresse Courteheuse, le 25 juin; ce contrôle a été totalement négligé

par la suite;

- les médecins psychiatres ne se sont pas préoccupés des signes cliniques inquiétants signalés par le personnel infirmier: tachycardie, hypertension artérielle, troubles de la déglutition, effet paradoxal des médicaments, etc. Ces signes cliniques révélaient une intoxication médicamenteuse, d'où risque grave pour le système cardio-vasculaire et les fonctions vitales des centres nerveux.

En développant les problèmes posés par la cure de sommeil en ce qui concernait son indication, son application et le contrôle du patient nécessité par ce traitement, nous avons mis en évidence des manquements et des négligences aberrants et incompréhensibles. Il n'appartient pas à l'expert mais au tribunal d'en juger et de se prononcer sur la notion de faute médicale.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Juge, l'assurance de ma considération distinguée.



Dr C. Miéville
médecin-chef

Annexe: dossier médical de la Clinique Bel-Air en retour.