

DOSSIER A D U P S Y
A L'INTENTION DE MONSIEUR LE JUGE D'INSTRUCTION

Genève le 1er décembre 1980

I - INTRODUCTION

II - PREMIERS JOURS D'ALAIN A LA CLINIQUE

III - CURE DE SOMMEIL : DECISION ET DEROULEMENT

IV - CURE DE SOMMEIL : REFERENCES SCIENTIFIQUES

V - PLAN DE BEL-AIR ET PHOTOGRAPHIES D'UNE
CELLULE D'ISOLEMENT

* * * * *

I. INTRODUCTION

Plusieurs membres de l'ADUPSY, proches amis d'Alain, sont allés le voir dans sa cellule, au début de son internement à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. Ils ont parlé avec lui, ils ont regardé autour d'eux. Certains sont d'anciens travailleurs de la Clinique, ils connaissent déjà les lieux.

Les témoignages, plus ceux d'autres personnes (les médecins d'Alain durant son séjour, le Dr. DUBUIS et le Dr. BAGGIO, l'amie d'Alain et son frère), constituent le début de nos premières informations. Car nous avons été très vite inquiets. Au fil des jours, la situation pour Alain et le service des Sillons se péjorait. Jusqu'au jeudi de la première semaine où le Prof. TISSOT, sur sa propre demande, vint "expertiser" Alain et prit la décision, lourde de conséquences, d'imposer une cure de sommeil. Là s'arrêtent les témoignages car les visites seront supprimées, excepté pour la famille. Mais nous continuerons de recevoir de nombreuses et importantes informations : le traitement, la surveillance de la cure, l'état physiologique et psychique d'Alain, où il dort et comment, et sa chambre ; en résumé, les amis de l'ADUPSY qui travaillent à la Clinique nous ont relaté assez précisément les premiers jours d'hospitalisation d'Alain, puis l'intervention du Prof. TISSOT, la mise sous cure de sommeil et le déroulement de celle-ci jusqu'à la mort d'Alain.

Ces renseignements sont précieux. Ils sont à même d'être des informations utiles, voire décisives pour une enquête sur le décès d'Alain. Cette enquête a été ouverte sur décision du Parquet du Procureur. L'ADUPSY s'est portée partie civile. D'où l'intérêt pour elle de recueillir, de rassembler, de classer ces renseignements en un dossier chronologique que nous présentons aujourd'hui.

Durant l'été, l'ADUPSY a pensé nécessaire, sur la base du traitement et des données sur le déroulement de la cure de sommeil, de faire des investigations auprès des diverses personnalités du monde médical et pharmacologique : leurs avis sont accablants pour le Prof. TISSOT.

Parallèlement, quelques médecins de l'ADUPSY ont étudié la littérature médicale traitant de la cure de sommeil. Les conclusions sont identiques : accablantes pour le Prof. TISSOT.

Voilà introduit ce dossier. Il est donc composé de plusieurs parties, de différents textes ainsi que des annexes. Pour faciliter sa lecture, il est présenté en sept chapitres qui traitent successivement, à partir des informations recueillies par l'ADUPSY, les premiers jours de l'hospitalisation d'Alain ; les circonstances de la mise en cure de sommeil et le déroulement de celle-ci ; des réactions et commentaires ; enfin la correspondance de l'avocat d'Alain avec le Conseil de Surveillance psychiatrique et le Prof. TISSOT.

II. LES PREMIERS JOURS D'ALAIN A LA CLINIQUE

Alain est reçu à Bel-Air, tôt le matin, le samedi 14 juin. Il vient du poste de police du Bld Carl-Vogt, il a pour tout vêtement un pantalon. Il reçoit ces premiers médicaments en injection intramusculaire : Prazine 50mg et Phénergan 25mg. Alain s'endort.

C'est le Dr. DUBUIS qui est médecin de garde pour le week-end et qui va soigner Alain. Il parlera avec son frère, l'amie de celui-ci et l'amie d'Alain.

Dans la matinée, le frère d'Alain, médecin, téléphonera à la Clinique pour demander des examens neurologiques, car il a appris que la veille Alain avait fait une chute à moto, causant diverses contusions au bras, à la hanche et à la jambe gauche. Le frère craignait une commotion cérébrale. Mais ces examens ne pouvant se faire, les renseignements étant trop imprécis, il demandait alors que l'on surveille attentivement son sommeil.

L'après-midi, le Dr. DUBUIS et Alain passent de longs moments en entretiens. Au grand bénéfice d'Alain qui profite beaucoup de cette disponibilité. Il se sent vite mieux et tente de saisir ce qui se passe pour lui. Il passe la nuit aux Sillons I. dans une cellule d'isolement (voir photos en annexes) et reçoit une même injection que d^{elle} matin : Prazine 50 mg et Phénergan 25 mg.

Dimanche 15 juin, Alain se sent mieux, il reçoit la visite d'un ami (voir annexe fin du dossier), lui parle en termes positifs de son hospitalisation, des entretiens avec le Dr. DUBUIS. Il est lucide mais souffrant et fait part de la situation à cet ami. "Je viens de traverser une crise grave" dit-il "mais ici je me sens mieux, tout à l'heure je vais aller à la cafétéria avec le Dr. DUBUIS, qui m'a proposé les conditions suivantes pour mon hospitalisation : demain je sors du pavillon cellulaire pour intégrer une chambre, et jeudi je sors de la Clinique pour continuer mon traitement à l'hôpital de jour à la Jonction". La confiance est établie entre le Dr. DUBUIS et Alain. Il recevra aussi la visite de son père, à la demande du Dr. DUBUIS, qui lui apporte des habits et des chaussures. Il était convenu qu'Alain irait chez son psychanalyste le mardi matin et ceci seul.

Lundi 16 juin, Alain passe une journée très différente des deux précédentes. Le personnel change avec la reprise de la semaine, les médecins du service sont là, et Alain est confié à l'un d'entre eux, le Dr. SCHAFFNER, médecin-assistant, ainsi qu'au responsable du service, le Dr. BAGGIO.

Le Dr. DUBUIS, médecin-chef de toutes les admissions (Sillons I. Sillons II.) ne s'occupe plus de lui et ne peut le voir, dit-il. Mais Alain veut continuer avec ce médecin en qui il a confiance, à qui il a raconté l'essentiel de sa souffrance, de sa vie des dernières années.

Parallèlement, les termes du contrat avec le Dr. DUBUIS semblent n'avoir pas été clairement transmis aux autres médecins qui sont surchargés de travail et ne peuvent satisfaire les demandes d'Alain, l'essentiel étant de quitter la cellule. De quiproquos en malentendus, la situation se détériore et Alain se trouve le soir toujours en cellule d'isolement. Ceci est intolérable pour lui et marque la fin de la confiance qu'il avait jusqu'alors. Pour montrer qu'il avait été trompé, il refuse de dormir dans la cellule. Il y restera quand même et ne dormira pas de la nuit. Il reçoit de nouveaux médicaments (Terfluzine, Melleril et Rohypnol) qu'il ne refuse pas.

Mardi matin 17 juin, épuisé par cette nuit, il s'endort et manque son rendez-vous chez le psychanalyste. Cela le fâche beaucoup. Pour le service, il n'est plus question de sortir Alain de la cellule avant qu'il change d'attitude et récupère un peu de son sommeil. Alain ne voulant pas dormir en cellule, la situation empire. Et les deux parties rentrent dans un rapport de force qui n'a plus rien à voir avec un quelconque rapport thérapeutique. L'après-midi, Alain demande à un ami l'intervention de l'avocat de l'ADUPSY. Celui-ci vient le soir et décide avec Alain d'écrire une lettre au Prof. TISSOT (Voir annexe) demandant la fin de l'isolement et le transfert d'Alain dans une chambre. Ils avaient pris la décision d'écrire au Prof. TISSOT afin d'éviter dans un premier temps le recours au Conseil de Surveillance psychiatrique (CSP) et d'effectuer la démarche juridique la plus modérée possible. La nuit, Alain résistera à nouveau de toutes ses forces au sommeil.

Mercredi matin 18 juin, le Prof. TISSOT reçoit la lettre de l'avocat. Pour Alain, la situation reste la même durant la journée, et la nuit, très fatigué, il dort plusieurs heures.

Jeudi 19 juin, le Prof. TISSOT répond à l'avocat d'Alain qu'il n'est pas question de le sortir de l'isolement (voir annexe). L'avocat s'en réfère alors immédiatement au Conseil de Surveillance psychiatrique, comme convenu avec Alain. Et les événements vont se précipiter.

III. CURE DE SOMMEIL : DECISION ET DEROULEMENT

A. Remarques préliminaires

Vous savez comme nous que la psychiatrie est une science qui balance entre un idéal d'exactitude et l'empirisme le plus total.

Il ne faut pas s'étonner si le diagnostic et les indications à un traitement sont, pour l'un comme pour les autres, des lieux de débats contradictoires entre les psychiatres. Autrement dit, en médecine psychiatrique, tout peut être dit et le contraire de tout avec preuves à l'appui. Pour l'ADUPSY, il n'est pas question d'entrer dans ce débat. Son propos est de défendre concrètement des usagers qui viennent se plaindre des conditions dans lesquelles ils ont été traités par la psychiatrie.

Mais Alain est mort, et de mort suspecte. Et les responsables de son traitement, donc de son état physique et psychique, invoquent la Science pour répondre de ce drame. D'où l'importance pour nous d'aller voir chez les scientifiques (médecins et pharmacologues) ainsi que dans la littérature médicale ce qu'il en est des cures de sommeil, cela étant comparé à ce qui s'est passé pour Alain, d'après nos informations, jusqu'à ce jour jamais infirmées et même plusieurs fois confirmées par des travailleurs directement concernés.

La suite du dossier se présente donc de la manière suivante : pour chaque étape de la cure de sommeil, les faits tels que nous les connaissons, avec en comparaison les renseignements tirés d'une dizaine d'ouvrages médicaux traitant de la cure de sommeil. (Cette thérapeutique étant abandonnée dans une majorité de pays et d'hôpitaux, il n'existe que très peu d'ouvrages récents traitant ce sujet).

B. LA DECISION

Jeudi dans l'après-midi, le Prof. TISSOT demande au service des Sillons I. de préparer une "présentation" avec Alain. Celle-ci se déroule dans le service en présence du Dr. DUBUIS, du Dr. BAGGIO et peut-être de quelques autres personnes. A la fin de la "présentation", le Prof. TISSOT parle à l'équipe et propose le choix suivant : les électrochocs ou la cure de sommeil. Les médecins optent alors pour la cure de sommeil afin d'éviter à Alain les électrochocs, selon les dires du Dr. DUBUIS. Alain, lui, voulait seulement sortir de l'isolement.

En fin d'après-midi, la cure de sommeil débute avec la première prise de médicaments. Nous savons qu'une radiographie du thorax a été faite, et que le service dispose des examens de sang et d'urine effectués à l'entrée le samedi (soit : vitesse de sédimentation, Wassermann, Hémoglobine, Glycémie pour le sang-Albumine, Sédiment, Sucre et Acétone pour l'urine). Le diagnostic à l'entrée était, selon le Dr. DUBUIS "bouffée délirante". Nos investigations peuvent nous laisser supposer que cette cure a été choisie surtout pour répondre à la situation de tension institutionnelle dans laquelle se trouvait l'équipe de soignants dans ses rapports avec Alain.

C. LA LITTERATURE MEDICALE SUR LA CURE DE SOMMEIL

1. Indications

De l'avis de la majorité des auteurs et en fonction du diagnostic posé par la clinique elle-même, la cure de sommeil ne constitue pas une mesure thérapeutique adéquate au cas d'Alain (Réf. scient.). Ceci est à notre avis la première faute médicale commise par la clinique.

2. Examens préalables

Au vu des témoignages (Cf. dossier), cette cure a été décidée trop rapidement, sans respecter un délai, nécessaire au bon déroulement de la cure, pour discuter avec la patient (Ref. scient.), donc sans le consentement éclairé d'Alain. Tout au contraire, cette cure fut décidée dans un climat passionnel, et alors qu'un recours avait été déposé par l'avocat d'Alain contre sa mise à l'isolement.

En fait, il n'existe pas dans la littérature médicale de cure de sommeil faite en urgence. Une telle cure se prépare 48 h à l'avance. Elle nécessite une quantité d'examens préalables, examens radiologiques, examens biologiques ; dans le cas d'Alain, des examens n'ont pas été utilisés correctement, d'autres n'ont pas été faits (Ref. scient.). Une cure de sommeil demande une préparation psychologique, sur le mode de la prise en charge psychothérapeutique, ce qui est impossible en 3 heures de temps. La cure de sommeil doit être longuement et minutieusement expliquée au patient, et celui-ci doit pouvoir en discuter avec le personnel, discuter de son futur état psychique et physique et de ce qu'implique une telle cure. Par conséquent, la collaboration et le consentement du patient sont, de l'avis de bien des auteurs, des nécessités sine qua non tout au long de la cure. Comme nous venons de le dire, Alain n'était pas consentant.

3. Locaux et installations

Par rapport aux conditions dans lesquelles devrait se dérouler une cure de sommeil, mettre quelqu'un sous cure de sommeil, c'est le placer dans une situation physiologiquement anormale. En particulier, du fait du sommeil et des médicaments, la régulation thermique du corps ne se fait pas bien et beaucoup d'auteurs conseillent donc l'utilisation d'une chambre insonorisée, à température constante, supérieure en tout cas à 20°. Et cette chambre doit être accueillante, chaleureuse.

Alain n'a pas bénéficié de telles conditions. Bien au contraire, il a plusieurs fois changé de place pour des nécessités de service, il était couché sur un matelas à même le sol carrelé, avec une simple chemise de nuit, dans des locaux non chauffés alors que la température extérieure était très fraîche en ce mois de Juin.

Au début de son séjour, et par moments lors de la cure de sommeil, Alain, comme tant d'autres psychiatisés, a eu le privilège d'occuper une cellule d'isolement. (Cf. photos et commentaires).

4. Médicaments

Le traitement d'Alain comportait 3 neuroleptiques, une combinaison de 2 barbituriques et un médicament de la gamme des Benzodiazépines. Il est connu que la cumulation de plusieurs médicaments, surtout quand ils sont potentiellement toxiques, est dangereuse. Les auteurs consultés (Ref. scient.) recommandent pour une cure de sommeil l'association de 2 ou 3 médicaments, soit un neuroleptique et une association de 2 barbituriques. Il est à souligner qu'il n'est jamais fait mention de l'association de plusieurs neuroleptiques.

L'ensemble des praticiens que nous avons consultés s'accordent à dire que le nombre de médicaments utilisés ainsi que leur dosage sont prohibitifs. Dans le cas d'Alain, ils estiment qu'ils auraient utilisé la moitié environ des doses prescrites. Quant aux doses données dans la littérature et qui sont souvent très élevées, ils estiment qu'elles sont souvent trop importantes et ne correspondent pas à la réalité et aux contingences de leur pratique.

Alain a présenté un pic fébril au début de sa cure de sommeil. Ce symptôme exigeait d'arrêter immédiatement la cure et d'en chercher les causes. En effet, ce pic fébril était le signe soit d'une intolérance aux médicaments, soit d'une infection masquée par le traitement, soit des deux.

La Clinique a partiellement pressenti le danger puisqu'elle a suspendu la cure durant 8 heures environ (soit 2 prises de médicaments) pour faire une radiographie du thorax. Mais après cet examen, les médecins de la Clinique, contrairement à l'avis de la presque totalité des auteurs consultés (Ref. scient.), ont repris la cure. Il ressort aussi des témoignages des membres du personnel, qu'Alain aurait reçu des réserves de médicaments, notamment du Tuinal.

5. Surveillance

Vous savez que l'ADUPSY a toujours pris position contre les traitements à haut risque sans le consentement éclairé du patient ou de ses proches, Pour des médecins qui prennent le risque d'appliquer de tels traitements, leur responsabilité s'en trouve centuplée et vous comprendrez qu'ils doivent utiliser ces traitements dans des conditions de surveillance maximum. C'est à dire :

a) Avec un matériel d'urgence et de réanimation adéquats et facilement accessibles.

A ce propos, nous venons d'apprendre que la Clinique de Bel-Air vient de faire l'acquisition d'un chariot d'urgence complet pour chaque pavillon d'admission et d'une valise d'urgence dans chaque pavillon. Il n'y avait jusqu'à présent qu'une boîte d'urgence dans ces différents lieux. Nous sommes conscients que ce nouvel équipement aussi bienvenu qu'inattendu (mais est-il suffisant ?) a été acheté à la suite des récents événements et des questions qu'ils ont soulevées.

b) Avec un médecin (p.e. un interniste) ou tout personnel spécialisé, également pendant les gardes de nuit, capable d'intervenir en cas d'urgence somatique, donc capable d'utiliser les appareils de réanimation et de maîtriser les procédures d'urgence.

c) Avec un personnel disponible et suffisant capable de faire régulièrement les contrôles indispensables (Ref. scient.).

Le contrôle de la cure de sommeil se faisait toutes les 4 heures au moment de la prise des médicaments. Il consistait à vérifier le pouls et la tension, ainsi que la température. Pas de contrôle entre les prises de médicaments, si ce n'est de temps à autre, quand dans le service se trouvait une personne consciencieuse. Les deux dernières nuits, la prise de médicaments à 03 heures ayant été supprimée, il n'y a plus eu de contrôle durant la période allant de 23 h à 07 h. Au vu de nos informations, c'est largement insuffisant voire même grave sur le plan médical.

Car il ressort qu'Alain est décédé dans la nuit, avec une bronchiolite purulente, selon les déclarations du Prof. TISSOT à d'autres médecins de Bel-Air. Ce qui est très grave car cela signifie que le pic fébrile était la manifestation d'une infection pulmonaire, raison pour laquelle il aurait fallu stopper immédiatement la cure pour prodiguer des soins somatiques à Alain. Mourir d'une infection pulmonaire à l'hôpital, alors qu'on y rentre en bonne santé physique montre presque à l'évidence des fautes médicales graves. Mais plus grave encore est la manière dont la cure de sommeil a été indiquée, puis dirigée, ainsi que sa composition médicamenteuse. 5 médicaments tous à des doses extrêmement élevées, tous toxiques, avec 3 neuroleptiques, ce qui ne se fait jamais. Toutes les personnalités médicales interrogées par l'ADUPSY sont unanimes. Il y a fautes médicales graves dans la mort d'Alain ; elles concernent les doses toxiques, l'association de 5 neuroleptiques ainsi que les lacunes dans la surveillance. Ajouter encore à cela l'absence de matériel d'urgence et de réanimation à la Clinique, donne un tableau sombre et accablant pour les responsables de cette cure.

Pour conclure, il faut encore dire que jamais Alain n'a refusé ses médicaments. Ceci dès le premier jour de son internement. Mais il luttait contre l'endormissement, ce qui provoqua des prescriptions élevées des médicaments de la cure de sommeil. Comme les contrôles n'étaient pas rigoureux, il est difficile de savoir quel était l'état d'Alain pendant ces neuf jours de cure. Mais les personnes qui ont pu le voir pendant cette période le décrivent comme un homme ne pouvant plus se tenir debout, qui n'arrive plus à soulever les paupières pendant une conversation, ayant de la peine à articuler.

Le dimanche matin 29 juin, Alain est trouvé mort dans sa chambre des Sillons II. sur un matelas à même le sol. Il y le visage cyanosé, et une tache de sang séché sous une narine témoigne d'un léger saignement de nez, voire d'un hématome nasal.

IV. CURE DE SOMMEIL - REFERENCES SCIENTIFIQUES

Une revue de la littérature obtenue sur la cure de sommeil (CS) a été faite concernant les points suivants : indication, examens préalables, locaux, personnel et installations, médicaments, surveillance, incidents et accidents.

Il faut souligner la difficulté qu'il y a de trouver des références sur la CS dans la littérature psychiatrique contemporaine : de nombreux ouvrages de base la considérant comme une thérapeutique actuellement abandonnée, ou ne la mentionnant même plus pour les éditions les plus récentes.

Indications

La majorité des auteurs s'entendent à dire que les indications de la cure de sommeil sont devenues beaucoup plus limitées qu'auparavant (6,5,4). "L'action de la cure est très controversée, et souvent aléatoire dans les psychoses, et les états d'agitation relèvent davantage d'une cure d'imprégnation aux neuroleptiques" (2). "la cure de S. ne devrait jamais être utilisée dans ce qu'elle peut avoir de coercitif, notamment dans les états d'agitation psychotique, ces états semblant relever davantage d'une psychothérapie aidée de la chimiothérapie que d'une camisole de force chimique qui, pour éluder dans l'immédiat les problèmes, ne peut que les reporter dans des conditions où l'intégrité psychologique du malade est amoindrie" (3).

D'autre part, selon Michaux (4) "beaucoup d'échecs voire d'aggravations ont été constatées. En effet, quand le malade sort du sommeil, il retrouve ses problèmes et l'angoisse réapparaît, parfois décuplée, et souvent aggravée par des troubles du sommeil, assez fréquents".

Les indications qui semblent subsister actuellement pour certains relèvent essentiellement des décompensations névrotiques (syndrome dépressif à dominance anxieuse, dépression réactionnelle), de quelques affections psycho-somatiques et de certains états mélancolique avec anxiété (1,2,3,4,5,6).

Locaux, personnel et installations

Pour Saba (2) "une CS ne peut être une simple imprégnation médicamenteuse chez des patients non préparés, pratiquée dans une chambre courante par une équipe non entraînée. Elle risque d'être fort inutile et même dangereuse. L'engagement de la cure se fait avec l'accord du patient, celui-ci participe à la décision et il est informé des principales exigences de la cure."

Le local devrait être insonorisé, maintenu à une température de plus de 20°, silencieux, baignant dans la pénombre, mais permettant l'aération et la surveillance par un personnel constant et formé dans ce sens. Ce personnel devrait être entraîné à l'écoute psychothérapeutique et au maternage et savoir créer autour du patient un climat de sécurité. (2,1,3,4,5,9).

Examens préalables

Les différents auteurs consultés s'accordent à dire qu'un bilan complet est indispensable avant toute cure de sommeil. Notamment : examen somatique complet, contrôles biologiques (examens d'urine, formule sanguine, tests hépatiques, urée), électro-encéphalogramme, radiographie du thorax, examen du fond d'oeil. (1,2,3,5,6).

Certains insistent également sur l'importance d'une préparation psychique de quelques jours, visant à faire comprendre et accepter la cure par le patient (5,2).

Médicaments

Les deux catégories de médicaments "de fond" utilisées pour la CS sont les neuroleptiques et les barbituriques, les premiers potentialisant les seconds. Il s'agit généralement de la chlorpromazine à des doses variant entre 100 et 150 mg/jour pour certains (5,1,4) et atteignant 200 à 300 mg/jour pour d'autres (2). Selon Michaux (4) "certains auteurs remplacent la chlorpromazine par la levopromazine, mais plus puissante, cette phenothiazine est aussi plus hypotensive et elle potentialise de façon massive les barbituriques".

Les barbituriques utilisés sont en général une association d'un barbiturique léger comme l'amobarbital (0,3 mg/j selon (5), 0,6 jusqu'à 0,8 mg/j selon (1)) et d'un barbiturique à action prolongée tel le gardenal (0,3 mg/j selon (5), 0,5 à 1 gr/j selon (1)).

Enfin, l'on associe parfois le chloral (4) ou une benzodiazepine, ce qui permet de diminuer la dose de barbituriques et donc les risques du sevrage en post-cure (2,4).

Pour Saba (2) "le sommeil doit être entretenu par les produits les plus proches de la physiologie du sommeil et employés à des doses modérées, de préférence per os. Il faut éviter les injections et l'utilisation de posologies élevées". D'autre part, selon Loo (3), "l'expérience pousse à attendre même quelques jours l'imprégnation et le sommeil au lieu d'accentuer la thérapeutique. Il advient souvent que les malades les plus résistants au départ arrivent ensuite à dormir avec des doses très réduites".

Il est à relever qu'aucun des auteurs consultés ne préconise l'association de plusieurs neuroleptiques dans une CS.

Surveillance

Une surveillance attentive de nombreux paramètres est indispensable (pouls, tension artérielle, température, respiration, apports hydriques, fonctions intestinales et vésicales), ceci à des intervalles réguliers, toutes les 2 h. selon le Vademecum de l'hôpital de Cery, toutes les 4 h. selon d'autres (2,3). Selon Michaux (4), "les accidents de surdosage ne sont pas rares et les réflexes classiques de réanimation doivent avoir été acquis par le personnel infirmier".

La survenue d'un état fébrile est considérée comme une contre-indication absolue à la poursuite du traitement de CS (7).

Incidents et accidents

Différentes complications possibles de la CS sont décrites : problèmes respiratoires, ictères, pathologies infectieuses (urinaires, respiratoires, cutanées, intestinales, etc), thromboses veineuses secondaires à l'immobilisation prolongée, hypotension artérielle brutale pouvant entraîner le collapsus cardio-vasculaire et la mort (5,1,2,3,4,7,9).

Selon Michaux (4) "il fait peu de doute que la CS où l'on fait vraiment dormir le malade est beaucoup plus dangereuse que la pratique des chimiothérapies ou celle des électrochocs". Pour le Vademecum de l'hôpital de Cery, les complications possibles de la CS font "qu'il faut scrupuleusement tenir compte des contre-indications et ne pas instaurer le traitement si on ne dispose pas de l'équipement matériel nécessaire".

Une étude anglaise (9) fait état de 4 décès dans une série de 484 patients soumis à une CS associée à des électrochocs et un traitement antidépresseur, soit une mortalité de 0,8 %, ce qui représente un taux 100 fois plus élevé que pour les électrochocs seuls (8).

Enfin, les neuroleptiques, en particulier les phénothiazines, ont été incriminés par différents auteurs (13,14) comme pouvant entraîner des morts subites, vraisemblablement par des troubles d'rythme cardiaque, possiblement aussi par laryngospasme. Or, les neuroleptiques sont à la base de toute combinaison médicamenteuse utilisée dans la cure de sommeil (1,2,3,5,9).

IV. CURE DE SOMMEIL, REFERENCES SCIENTIFIQUES

Une revue de la littérature obtenue sur la cure de sommeil (CS) a été faite concernant les points suivants: indication, examens préalables, locaux, personnel et installations, médicaments, surveillance, incidents et accidents.

Il faut souligner la difficulté qu'il y a à trouver des références sur la CS dans la littérature psychiatrique contemporaine: de nombreux ouvrages de base la considérant comme une thérapeutique actuellement abandonnée, ou ne la mentionnant même plus pour les éditions les plus récentes.

Indications:

La majorité des auteurs s'entendent à dire que les indications de la cure de sommeil sont devenues beaucoup plus limitées qu'auparavant (6,5,4). "l'action de la cure est très controversée, et souvent aléatoire dans les psychoses, et les états d'agitation relèvent d'avantage d'une cure d'impregnation aux neuroleptiques"(2). "la cure de S. ne devrait jamais être utilisée dans ce qu'elle peut avoir de coercitif, notamment dans les états d'agitation psychotique, ces états semblant relever d'avantage d'une psychothérapie aidée de la chimiothérapie que d'une camisole de force chimique qui, pour éluder dans l'immédiat les problèmes, ne peut que les reporter dans des conditions où l'intégrité psychologique du malade est amoindrie"(3).

D'autre part, selon Michaux (4) "beaucoup d'échecs voir d'aggravations ont été constatées. En effet quand le malade sort du sommeil, il retrouve ses problèmes et l'angoisse réapparaît, parfois décuplée, et souvent aggravée par des troubles du sommeil, assez fréquents".

Les indications qui semblent subsister actuellement pour certains relèvent essentiellement des décompensations névrotiques (syndrome dépressif à dominance anxieuse, dépression réactionnelle), de quelques affections psycho-somatiques et de certains états mélancholiques avec anxiété (1,2,3,4,5,6).

Locaux, personnel et installations:

Pour Saba (2) "une CS ne peut être une simple impregnation médicamenteuse chez des patients non préparés, pratiquée dans une chambre courante par une équipe non entraînée. Elle risque d'être fort inutile et même dangereuse. L'engagement de la cure se fait avec l'accord du patient, celui-ci participe à la décision et il est informé des principales exigences de la cure".

Le local devrait être insonorisé, maintenu à une température de plus de 20°, silencieux, baignant dans la pénombre, mais permettant l'aération et la surveillance par un personnel constant et formé dans ce sens. Ce personnel devrait être entraîné à l'écoute psychothérapeutique et au maternage et savoir créer autour du patient un climat de sécurité. (2,1,3,4,5,9).

Examens préalables:

Les différents auteurs consultés s'accordent à dire qu'un bilan complet est indispensable avant toute cure de sommeil. Notamment: examen somatique complet, contrôles biologiques (examens d'urine, formule sanguine, tests hépatiques, urée), électro-encéphalogramme, radiographie du thorax, examen du fond d'oeil. (1,2,3,5,6).

Certains insistent également sur l'importance d'une préparation psychique de quelques jours visant à faire comprendre et accepter la cure par le patient (5,2).

Médicaments:

Les deux catégories de médicaments "de fond" utilisées pour la CS sont les neuroleptiques et les barbituriques, les premiers potentialisant les seconds. Il s'agit généralement de la chlorpromazine à des doses variant entre 100 et 150 mg/jour pour certains (5,1,4) et atteignant 200 à 300 mg/jour pour d'autres (2). Selon Michaux (4) "certains auteurs remplacent la chlorpromazine par la levopromazine, mais plus puissante, cette phénothiazine est aussi plus hypotensive et elle potentialise de façon massive les barbituriques".

Les barbituriques utilisés sont en général une association d'un barbiturique léger comme l'amobarbital (0,3 mg/j selon (5), 0,6 jusqu'à 0,8 mg/j selon (1)) et d'un barbiturique à action prolongée tel le gardenal (0,3 mg/j selon (5), 0,5 à 1gr/j selon (1)).

Enfin l'on associe parfois le chloral (4) ou une benzodiazépine, ce qui permet de diminuer la dose de barbituriques et donc les risques du sevrage en post-cure. (2,4).

Pour Saba (2) "le sommeil doit être entretenu par les produits les plus proches de la physiologie du sommeil et employés à des doses modérées, de préférence per os. Il faut éviter les injections et l'utilisation de posologies élevées". D'autre part, selon Loo (3), "l'expérience pousse à attendre même quelques jours l'imprégnation et le sommeil au lieu d'accentuer la thérapeutique. Il advient souvent que les malades les plus résistants au départ arrivent ensuite à dormir avec des doses très réduites".

Il est à relever qu'aucun des auteurs consultés ne préconise l'association de plusieurs neuroleptiques dans une CS.

Surveillance:

Une surveillance attentive de nombreux paramètres est indispensable (pouls, tension artérielle, température, respiration, apports hydriques, fonctions intestinales et vésicales), ceci à des intervalles réguliers, toutes les 2h. selon le Vademecum de l'hôpital de Cery, toutes les 4h. selon d'autres (2,3). Selon Michaux (4) "les accidents de surdosage ne sont pas rares et les réflexes classiques de réanimation doivent avoir été acquis par le personnel infirmier".

La survenue d'un état fébrile est considérée comme une contre-indication absolue à la poursuite du traitement de CS (7).

Incidents et accidents:

Différentes complications possibles de la CS sont décrites: problèmes respiratoires, ictères, pathologies infectieuses (urinaires, respiratoires, cutanées, intestinales, etc), thromboses veineuses secondaires à l'immobilisation prolongée, hypotension artérielle brutale pouvant entraîner le collapsus cardio-vasculaire et la mort (5,1,2,3,4,7,9).

Selon Michaud (4) il fait peu de doute que la CS où l'on fait vraiment dormir le malade est beaucoup plus dangereuse que la pratique des chimiothérapies ou celle des électrochocs". Pour le Vademecum de l'hôpital de Cery, les complications possibles de la CS font "qu'il faut scrupuleusement tenir compte des contre-indications et ne pas instaurer le traitement si on ne dispose pas de l'équipement matériel nécessaire".

Une étude anglaise (9) fait état de 4 décès dans une série de 484 patients soumis à une CS associée à des électrochocs et un traitement antidépresseur, soit une mortalité de 0,8%, ce qui représente un taux 100 fois plus élevé que pour les électrochocs seuls (8).

Enfin les neuroleptiques, en particuliers les phénothiazines, ont été incriminés par différents auteurs (13,14) comme pouvant entraîner des morts subites, vraisemblablement par des troubles du rythme cardiaque, possiblement aussi par laryngospasme. Or les neuroleptiques sont à la base de toute combinaison médicamenteuse utilisée dans la cure de sommeil (1,2,3,5,9).

Références:

1. Henri Ey et al. Manuel de psychiatrie, Masson 1978. pp 1160-1163.
2. S.Saba, La cure de sommeil. La revue du praticien. Tome XXVII, No 2, pp 15-16. 25 avril 1977.
3. P. Loo et al. La cure de sommeil. Annales medico-psychologiques, t.2 129e année, 1971, 367-390.
4. Michaux L: Psychiatrie, ds. "Collection medico-chirurgicale à révision annuelle". 1965. Flammarion. pp 996-997.
5. Vademecum thérapeutique. Clinique psychiatrique universitaire de Lausanne, Hôpital de Cery. Juin 1974.
6. Giroud J.P. et al. Pharmacologie clinique, 1978, tome 2: pp 1614-1615.
7. Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag 11e édition, 1969. pp 159-160.
8. Freedman et al: Modern Synopsis of comprehensive textbook of psychiatry/II. 2e édition, Williams and Wilkins Co, 1979. p. 1000.
9. Walther C.J.S. et al: Modified Narcosis, ECT and antidepressant drugs: a review of technique and immediate outcome. Brit.J.Psychiatry (1972), 120, p. 651-662.
10. Freedman et al: American handbook of psychiatry. Basic books inc. 1975. p 579.
11. Angst J. et al. Die somatische Therapie der Schizophrenie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1969. p. 41 et p. 69.
12. Martindale, the extra Pharmacopoeia. The pharmaceutical Press. London, 1979.
13. Shader R.I. et al: Psychotropic drug side effects. Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1979.
14. Wendkos M.H.: Sudden death and psychiatric illness. Spectrum publications inc. New-York, London 1979.