

03711

Clinique universitaire de psychiatrie, Zurich

Monsieur le Juge d'instruction
M. DINICHERT
Palais de justice
Genève

Zurich, le 30 avril 1982 Et/ur
Lengstrasse 31

Procédure pénale 2018/80

Décès de M. Alain URBAN, né le 9.3.1953, décédé le 29.6.1980.

Monsieur le Juge d'instruction,

Par votre lettre du 15 octobre 1981, vous avez chargé les trois soussignés de l'expertise concernant le décès de M. Alain URBAN. Le malade est décédé le 29.6.1980 au cours d'une cure de sommeil à la Clinique psychiatrique universitaire de Bel-Air. Les actes ont été descellés et remis aux deux premiers soussignés à la "Bezirksanwaltschaft" de Zurich en date du 11.12.1981. Le dernier soussigné a reçu le dossier du malade le 16.2.1982.

Vos questions sont les suivantes :

- a) dire si toutes les précautions ont été prises pendant la cure de sommeil d'Alain URBAN, compte tenu de son état subfébrile et de son passé médical;
- b) dire si le traitement appliqué a été conforme aux règles de l'art;
- c) dire s'il existe un lien de causalité entre une faute éventuelle et le décès d'Alain URBAN;
- d) formuler toutes observations utiles, compte tenu notamment des préoccupations qui résultent des questions proposées par Me DE DARDEL, conseil de Mlle HALLER.

Les questions de Me DE DARDEL sont les suivantes :

- 1) La mesure d'isolement en cellule était-elle justifiée dans son principe, sa durée et ses modalités ?
- 2) Le consentement d'Alain URBAN a-t-il été sollicité et obtenu avant la cure de sommeil ? Si oui, dans quelles circonstances ? Le Professeur TISSOT a-t-il notamment laissé le choix au patient entre la continuation de l'isolement et la cure de sommeil ?

- 3) La cure de sommeil a-t-elle été prescrite en vertu d'une indication réelle, valable et reconnue ?
- 4) Dans quels lieux s'est déroulée la cure de sommeil (chambre normale, cellule d'isolement) ?
- 5) Un contrôle somatique complet du patient a-t-il été effectué avant la cure de sommeil ?
- 6) Avait-il été constaté auparavant que le patient toussait ?
- 7) Quels contrôles de l'état somatique du patient ont été effectués pendant la cure de sommeil ? Ces contrôles étaient-ils suffisants ? Sinon, quels contrôles supplémentaires étaient nécessaires ?
- 8) Des constatations de l'état somatique du patient, pendant la cure de sommeil, ont-elles été faites, qui auraient dû conduire à l'inter-
ruption immédiate de la cure ?
- 9) Ces médicaments prescrits pour la cure de sommeil étaient-ils compatibles, qualitativement et quantitativement, avec les normes reconnues d'une cure de sommeil ?
- 10) L'absence d'une équipe médicale, sachant utiliser un appareillage de réanimation a-t-elle joué un rôle dans la mort du patient ?
- 11) Quelles sont les causes cliniques de la mort d'Alain URBAN ?
- 12) Relever, à l'occasion de chaque réponse, si une erreur ou une faute médicale a été commise en regard des normes reconnues et admissibles en matière de cure de sommeil et de traitement psychiatrique.

Les questions seront traduites en allemand à l'occasion du résumé final.

<u>Table des matières</u>	page :
1. <u>Pièces du dossier</u>	5
2. <u>Explication de certains termes techniques</u> (Neuroleptiques, médicaments anti-parkinsonniens, cure de sommeil, cure crépusculaire, traitement par électrochocs, bouffée délirante, catatonie maligne)	6
3. <u>Histoire documentée de la maladie</u>	
3.1 De la nécessité de l'exposé sommaire qui va suivre	8
3.2 Antécédents jusqu'à la dernière hospitalisation le 14.6.1980	8
3.3 Evolution du traitement depuis la dernière entrée à la clinique le 14.6.1980 jusqu'au décès du patient le 29.6.1980	13
4. <u>Résultats de l'autopsie</u>	17
5. <u>La question des fautes professionnelles</u>	
5.1 A-t-on posé un diagnostic psychiatrique erroné qui aurait eu des conséquences défavorables ?	19
5.2 Des examens physiques appropriés ont-ils été omis de façon fautive ou mal interprétés ?	20
5.2.1 Investigation clinique fondamentale déficiente ?	
5.2.2 Omission de l'électrocardiogramme (ECG) ?	
5.2.3 Autres investigations faisant défaut ?	
5.2.4 Accès de toux minimisés ?	
5.3 Des erreurs probantes dans les indications et le traitement ont-elles été commises, autrement dit : a-t-on négligé des procédés qui auraient davantage ménagé le malade ?	23
5.3.1 Omission quant au renvoi immédiat du patient à domicile ?	
5.3.2 Indication erronée de la cure de sommeil, respectivement de la cure crépusculaire ?	

5.3.3.	Négligence dans l'indication du traitement électrique ?	
5.3.4	Retard dans l'arrêt de la cure de sommeil, respectivement de la cure crépusculaire ?	
5.3.5	Surdosage médicamenteux ?	
5.3.6	Association exagérée de médicaments ?	
5.3.7	Décubitus non reconnu ?	
5.4	Des erreurs ont-elles été commises dans le placement ou dans les soins ?	29
5.4.1	L'isolement était-il justifié ?	
5.4.2	Le malade a-t-il été convenablement surveillé ?	
5.4.3	Le transfert dans une chambre ordinaire était-il prématuré ?	
5.5	A-t-on demandé le consentement du malade en vue de son traitement ?	31
5.6	L'absence de certaines installations de réanimation a-t-elle contribué à l'issue fatale ?	32
6.	<u>La cause de la mort</u>	33
7.	<u>Réponse résumée aux questions</u>	34

1. Pièces du dossier

Pour abrégé, les pièces suivantes seront occasionnellement citées dans le texte par leurs numéros :

- 1.1 Dossier du malade de la Clinique psychiatrique de Bel-Air du 2.5.1973 au 1.7.1973 et du 14.6.1980 au 29.6.1980.
- 1.2 Les extraits contenus dans ce dossier concernant les séjours à la Clinique psychiatrique La Métairie à Nyon (VD), du 14 au 28.5.1971 et à la maison de santé de Préfargier, Marin (NE), du 14.6.1971 au 30.7.1971.
- 1.3 Vos documents contenant en particulier :
 - 1.3.1 - rapport de police du 1.7.1980
 - 1.3.2 - votre audition du Prof. TISSOT du 4.7.1980
 - 1.3.3 - votre audition du médecin de garde le jour du décès, Mme B. HOFER
 - 1.3.4 - lettre du Conseil de surveillance psychiatrique datée du 21.6.1980 à Me DE DARDEL
 - 1.3.5 - votre audition de Mme M. POUJOULY, la veilleuse de garde le jour du décès, du 25 et du 28.7.1980
 - 1.3.6 - votre audition du Prof. TISSOT du 19.8.1980
 - 1.3.7 - dossier ADUPSY du 1.12.1980
 - 1.3.8 - votre audition de Mme le Docteur C. COURTEHEUSE, médecin interniste à la Clinique de Bel-Air, du 1.9.1981
 - 1.3.9 - littérature scientifique citée dans vos documents
- 1.4 - littérature scientifique supplémentaire
- 1.5 - visite de la Clinique de Bel-Air, en particulier de la division où Alain URBAN a été soigné et discussion avec le Prof. TISSOT par le soussigné de gauche, le 26.2.1982 (après obtention de votre accord)

2. Explication de certains termes techniques

Les neuroleptiques sont des substances relaxantes et sédatives qui sont capables d'atténuer les idées psychotiques délirantes et les hallucinations, sans - qu'à l'instar des hypnotiques - elles ne mènent, même à doses élevées, au sommeil. Nombre d'entre eux peuvent provoquer des effets secondaires désagréables tels que des manifestations dites pseudoparkinsonniennes, en particulier de la raideur musculaire, des tremblements, des manifestations ressemblant à des crampes et une sensation d'inquiétude.

Les médicaments antiparkinsonniens combattent ces effets secondaires.

Cure de sommeil : dans la littérature, aussi bien que dans le langage courant de la pratique médicale, on a coutume d'en distinguer deux procédés :

1) La cure dite "cure de sommeil profonde" du type KLAESI : Au cours de celle-ci, le malade est plongé dans une carbose prolongée de plusieurs jours à l'aide de somnifères; il est nourri artificiellement. De par son danger, cette cure n'est plus que rarement appliquée à l'heure actuelle.

2) La cure crépusculaire : Au cours de celle-ci, le malade peut être réveillé et durant cet état d'éveil, il est plus ou moins capable de communiquer avec autrui. Son degré de sommeil devra cependant lui permettre de s'alimenter et de boire suffisamment.

D'après cette définition, le dernier traitement appliqué à Alain URBAN ne consistait pas en une cure de sommeil, mais en une cure crépusculaire.

Pour ne pas créer de confusion, nous utiliserons néanmoins dans notre expertise le terme de "cure de sommeil" tel qu'il figure dans le dossier.

Le traitement par électrochocs : par stimulation électrique du cerveau, on provoque, sous narcose, une crise épileptique. Une médication myotonolytique diminue les crampes musculaires. La plupart du temps une cure consiste en 6 à 10 séances tous les 2 ou 3 jours. Dans les cas d'urgence, plusieurs séances peuvent avoir lieu quotidiennement. Comme effets secondaires indésirables, on peut constater l'apparition de troubles mnésiques qui, à l'aide de tests, peuvent être objectivés pendant des semaines, plus rarement des mois, mais qui ne persistent qu'exceptionnellement de façon définitive.

Bouffée délirante, épisode délirant : en relation avec le problème qui nous occupe, la conception française de "délire" signifie en allemand "Wahn" et non pas "Delir". Le terme "Delirium" est, en allemand, réservé à des états de confusion, de désorientation ou d'hallucinations causés par des troubles cérébraux aigus (comme par exemple le délire éthylique) et qui, de ce fait, appartiennent à "la réaction exogène" selon BONHOEFFER. Le "bouffée délirante" est une entité fondamentalement différente (et dont le traitement diffère également); elle peut être traduite comme une phase ou un épisode de délire, éventuellement accompagnés d'hallucinations. Dans le vocabulaire psychiatrique allemand ou suisse-allemand, il s'agit, dans le cas d'Alain URBAN d'une schizophrénie à évolution périodique ou cyclique, éventuellement associée à une tendance maniaco-dépressive dans le sens d'une affection que l'on nomme "psychose de type états mixtes" - pour autant qu'il faille décrire l'évolution globale de la maladie.

La catatonie maligne (danger vital) (la terminologie psychiatrique française ignore un syndrome équivalent à la "Perniziöse Katatonie" des auteurs allemands. Nous l'avons traduit par "catatonie maligne - note du trad.) Le terme de "catatonie" sert à désigner une forme de la schizophrénie dans laquelle la maladie atteint en plus la motilité du patient; qu'il s'agisse d'un accroissement des mouvements (par exemple agitation motrice), d'une immobilité (par exemple stupeur) ou d'une modification qualitative (par exemple stéréotypies). Grâce aux moyens thérapeutiques modernes, cette symptomatologie est devenue rare, mais n'a pas complètement disparu (voir la littérature scientifique supplémentaire, p. ...) Une catatonie devient un danger vital lorsque l'état d'excitation ne peut pas être apaisé par le traitement médicamenteux et qu'il se produit un état d'épuisement secondaire à des dysfonctions métaboliques et neurovégétatives s'accompagnant de fièvre et d'hypertension artérielle. L'état clinique terminal d'Alain URBAN correspond à ce syndrome. On admet que, dans ces cas, le traitement à médication vitale et à résultat prometteur consiste en application d'électrochocs du fait que son mode d'action ménageant relativement davantage le malade.

3. Histoire documentée de la maladie

3.1 De la nécessité de l'exposé sommaire qui va suivre

Plusieurs décisions thérapeutiques essentielles qui ont été prises durant la dernière hospitalisation d'Alain URBAN ne peuvent être comprises que si l'on connaît l'évolution clinique antérieure ainsi que l'expérience de thérapeutiques déjà acquises dans le passé. Cette remarque s'applique en particulier à l'indication de la cure de sommeil, à son exécution et à la question de savoir pour quelle raison, à l'époque, malgré l'action insuffisante des sédatifs et surtout lors de l'apparition de températures subfébriles, d'une hypertension artérielle et d'un décubitus débutant, la thérapeutique plus douce à l'aide d'électrochocs n'a pas été appliquée.

Mais la phase actuelle de la maladie nécessite elle aussi une description détaillée. On ne peut juger de la problématique de l'isolement ni du choix et du dosage des neuroleptiques et des hypnotiques sans que simultanément l'état psychique, respectivement psychomoteur du patient ne soit rappelé à l'aide des notes des médecins et du personnel soignant.

Par contre, on n'insistera pas sur l'anamnèse psychique intime du patient puisqu'elle n'amènerait aucune contribution aux questions posées. Le dossier du malade démontre toutefois que les problèmes personnels du patient étaient connus des médecins et que ceux-ci en ont tenu compte.

3.2 Antécédents jusqu'à la dernière hospitalisation le 14.6.1980.

On peut résumer les pièces du dossier (1.1 et 1.2) de la manière suivante :

Alain URBAN est le deuxième fils des trois enfants d'un directeur de banque. Il n'éprouve aucune difficulté scolaire. Toutefois, dans l'enfance déjà, on observa chez lui une certaine tendance à la solitude. A l'âge de 10 à 12 ans, il ressentit par moments une peur des catastrophes. Vers 15 ans, il présenta des scrupules d'ordre religieux. Au début de l'été 1971, alors qu'il allait passer sa maturité, il disait avoir l'impression d'être appelé par Dieu et craignait de mourir pendant le sommeil.

Par la suite, on note la première hospitalisation psychiatrique à la Clinique La Métairie à Nyon, du 14 au 28.5.1971. Le patient fut traité entre autres par des médicaments relaxants et sédatifs du même type que ceux qui, à des doses plus élevées, seront administrés lors de la cure de sommeil terminale, c'est-à-dire : des neuroleptiques et des hypnogènes. En raison d'une tendance dépressive, on lui prescrivit aussi passagèrement un médicament anti-dépressif (Laroxyl). Grâce à ce traitement qui est désigné comme "cure crépusculaire", le malade peut quitter l'établissement assez rapidement, c'est-à-dire après 15 jours.

Mais, bien entendu, le patient continua à nécessiter des soins. Puis, on lui a administré la médication quotidienne ambulatoirement suivante : les neuroleptiques Melleril (3 x 200 mg) et Nozinan (4 x 25 mg), les antiparkinsonniens Phénergan (qui est aussi un sédatif, à raison de 3 x 25 mg) et Ponalid (2 x 1 comprimé), l'hypnotique Tuinal (2 x 100 mg, une combinaison d'un hypnogène à action rapide et lente) et l'analeptique Effortil-PL (2 x 1 capsule). Malgré cette médication très intensive pour une situation ambulatoire, le malade fut atteint d'une tension intérieure croissante qui fit même craindre l'apparition d'un raptus (état émotionnel psychomoteur intense avec perte de contrôle pouvant avoir de graves conséquences potentielles).

Le 14.6.1971 déjà, une seconde hospitalisation devint nécessaire, cette fois-ci à la Clinique psychiatrique de Préfargier. Là aussi, le patient présenta un état délirant avec tension anxieuse et angoisse religieuse. On posa le diagnostic descriptif de "Décompensation anxieuse grave", et on nota que l'état se rapprochait d'une psychose (maladie mentale). Pour cette raison, on poursuivit le traitement par des doses quotidiennes de Melleril retard (2 x 200 mg) de Nozinan (3 x 25 mg) et de Truxal (1,5 cc = 15 mg) le soir; on y adjoignit le médicament antiparkinsonnien Akineton (3 x 1 comprimé), la combinaison hypnogène Plexonal fort (1 comprimé) et l'analeptique Novadral retard (2 x 1 comprimé).

Sous cette médication, le malade demeura passif pendant une dizaine de jours, plongé dans ses pensées et altéré dans son sentiment d'identité (dépersonnalisation). Puis il se rétablit peu à peu, commença à collaborer à une thérapie occupationnelle et reprit enfin son travail de préparation à l'examen de maturité. Il quitta l'établissement le 30.7.1971 avec la recommandation de poursuivre la médication précitée sous contrôle médical, à l'exception du Nozinan.

Par la suite, Alain URBAN réussit son examen de maturité et commença des études de théologie. En automne 1972, il entreprit un voyage autour du monde. Au printemps 1973, il tomba malade à Bali où une hospitalisation psychiatrique eut lieu. En avril 1973, il fut rapatrié à Genève. Mais son état ne s'améliora pas en milieu familial, si bien qu'après quelques jours, il dût être hospitalisé le 2.5.1973 à la Clinique psychiatrique de Bel-Air.

Là, il se confina dans un état méditatif profond; son raisonnement était discontinu, incohérent, il utilisait d'étranges expressions symboliques. Il était tourmenté par des idées délirantes de culpabilité et de contenu mystique. Il se plaignait que des voix intérieures lui commandaient de se supprimer, que ces voix accompagnaient ses actes et qu'elles répétaient, tel un écho, ses propres pensées.

Le diagnostic de "Bouffée délirante à thème mystique vraisemblablement secondaire à une prise massive de drogues" fut posé. On retint donc la possibilité que la psychose aurait pu être déclenchée par une intoxication par la drogue lors du séjour à l'étranger.

Sur la base du dossier, l'évolution de la maladie et les étapes du traitement se présentèrent comme suit

Un traitement par le neuroleptique Melleril à des doses quotidiennes moyennes de 175 à 225 mg ne provoqua aucune amélioration. Au contraire, l'angoisse délirante et l'état d'excitation ne firent que croître. Le jour de l'entrée déjà, le malade présenta une excitation motrice, un état de désinhibition, une logorrhée (il parlait sans arrêt) et souffrit d'une angoisse inquiétante de la mort. Simultanément, il fut pris de la certitude délirante secrète que tout dépendait de lui ("impression bizarre que tout est dans ses mains"). Les courts moments d'apaisement relatif pendant lesquels il se promenait au jardin ou jouait aux échecs ne purent être prolongés. Il s'imaginait constamment ressentir les saints stigmates au niveau des mains ou croyait avoir tué son ami. Lorsqu'il agressa d'autres patients, un isolement momentané s'imposa. Dans la cellule d'isolement, il démolit son lit et crut que ses actes lui étaient dictés par la voix du Christ.

Le 7.5.1973, on tenta alors d'enrayer le grave état délirant par un traitement d'électrochocs. Ce fut un échec. Le 8.5.1973, l'état du malade avait même empiré. Dans une excitation extrême, il s'habillait et se déshabillait sans cesse, déchirait la literie, souillait ses vêtements et les parois avec des aliments ou ses selles, frappait contre les portes et les fenêtres, et se comportait sexuellement de façon désinhibée en présence de personnes féminines. Sa manière de s'exprimer était incohérente et désordonnée, mêlée de calembours symboliques et d'idées d'omnipotence religieuse.

Comme l'état de santé ne s'améliorait pas, même après le troisième électrochoc du 9.5., cette tentative de traitement fut interrompue. A sa place, on reprit la thérapeutique neuroleptique, mais, cette fois-ci, par une association d'Haldol et de Nozinan à doses moyennes (respectivement 7,5 à 12 mg et 100 mg). Cette médication réussit en une semaine à sortir le patient de la zone dangereuse d'excitation incoercible

Le 14.5., il put jouer quelque peu aux échecs. Toutefois, on note encore le 15.5. que le malade souffrait d'une sensation hallucinatoire de courants électriques parcourant son organisme et que "tout l'univers se trouvait en contact avec lui". D'autre part, il continuait, par moments, d'imaginer avoir tué son ami.

Pourtant une amélioration durable se produisit alors. Les premières sorties, dès le 1.6.1973, se déroulèrent de façon satisfaisante. Le malade peut être transféré dans une unité ouverte. L'Halopéridol fut remplacé par le Fluanxanol. Ce neuroleptique fut administré au patient sous forme d'injections-dépôt. De même manière, la médication "per os" quotidienne put être remplacée par des injections uniques espacées de plusieurs semaines. Dans le dossier, on relève toutefois que le patient demeura négatif non seulement à l'égard de son séjour en clinique en général, mais en particulier aussi vis-à-vis de la médication. Il quitta l'établissement le 1.7.1973 pour la poursuite d'un traitement ambulatoire.

Nous ne sommes que peu documentés sur les événements des années 1973 à 1980. Le dossier médical de la Clinique de Bel-Air contient une allusion à un traitement à la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich en 1976. Ceci n'est pourtant pas exact. Il s'agissait peut-être d'un autre établissement ou alors aucune hospitalisation n'a eu lieu dans l'intervalle. Cette question ne joue pas de rôle pour les besoins de la présente expertise, car les médecins de la clinique genevoise n'ont pas eu en leur possession un éventuel dossier du malade qui aurait pu influencer par la suite leur façon d'agir.

Certes, il ne nous est pas demandé si le fait d'avoir omis de consulter ce dossier (existant éventuellement et pouvant être recherché) pourrait constituer une faute professionnelle de la part des médecins de la Clinique de Bel-Air. Nous aimerions tout de même répondre à cette question et le faire par la négative. Bien entendu, il est d'usage dans les cliniques psychiatriques de s'informer des résultats de traitements antérieurs. Etant donné qu'il existe, dans ce cas, des expériences personnelles détaillées (d'un séjour antérieur à Bel-Air, note du trad.), la valeur de celles faites ailleurs diminue de façon décisive. Les résultats obtenus par de propres moyens sont, bien entendu, plus probants que ceux provenant d'ailleurs. Lors de la seconde hospitalisation du patient à la Clinique de Bel-Air, il n'existait, pour les médecins de l'établissement, aucune raison de penser qu'il pu être profitable au malade de se préoccuper d'un dossier zurichois de 1976 peut-être inexistant (et pour autant que des informations adéquates à ce sujet leur eussent été données).

Par la suite, Alain URBAN a abandonné ses études de théologie et, en 1978, a obtenu, à Zurich, le diplôme d'ingénieur agronome. Il poursuivit pendant une période assez longue un traitement psychiatrique et une psychothérapie. Enfin, il revint à Genève, mais travailla dans un nouveau domaine, celui d'éducateur dans un institut pédagogique. Il suivait un traitement médicamenteux par le neuroleptique Melleril et prenait d'autre part une préparation de Lithium (les composés de Lithium ont la propriété d'atténuer les récurrences des psychoses à évolution périodique ou même de les interrompre tant que le médicament est administré).

Dans les mois qui précèdent la dernière hospitalisation du 14.6.1980, il semble qu'Alain URBAN ait, derechef, vécu dans une situation psychique conflictuelle. Son entourage nie tout abus de drogues. Une semaine avant la rechute psychotique aiguë, il aurait décidé de rompre avec son amie.

Le 14.6.1980 survint l'hospitalisation d'urgence du patient. Il avait attiré l'attention d'une patrouille police alors qu'il errait, à moitié habillé, dans la rue. Dans cet état d'excitation, il y eut même une altercation avec l'agent. Puisque, de toute évidence, il paraissait psychiquement confus, le médecin de garde l'adressa à la Clinique psychiatrique de Bel-Air (1.3.1).

3.3 Evolution du traitement depuis la dernière entrée à la clinique de Bel-Air, le 14.6.1980, jusqu'au décès du patient, le 29.6.1980.

Lors de l'entrée, à 0500 h., le patient se trouvait dans un état d'excitation psychotique grave (agitation extrême, incohérent, aucun dialogue possible, tentative de fugue, agressif). On plaça le malade dans une cellule d'isolement. L'examen physique fut rendu impossible par le fait que le malade ne laissait même pas approcher le médecin ("inapprochable"). Ce n'est que deux jours plus tard que l'on put pratiquer des examens d'urine et de sang. Les résultats de l'examen des urines, de la vitesse de sédimentation globulaire du taux de l'hémoglobine et de la glycémie se révélèrent normaux.

Le premier jour de son hospitalisation déjà, le malade présentait un état d'excitation comparable à celui des pires périodes de son premier séjour à Bel-Air. Son comportement exprimait une panique délirante et un désespoir profond. Il déchirait son drap et se souillait de ses selles. Ses paroles étaient désordonnées, incompréhensibles, entremêlées d'expressions symboliques. Toutefois, il s'endormit quelque peu sous un traitement sédatif neuroleptique de Prazine, de Phénergan et de Terfluzine. On prévoyait un traitement utilisant comme distraction des douches, des bains, des sorties sous surveillance et des visites. La cellule d'isolement était pourvue d'un "lit de sol" (c'est-à-dire d'un matelas, entouré de literie et posé à même le sol).

Une chambre individuelle a été prévue pour plus tard, chambre que le patient a, paraît-il, occupée par la suite.

Le 16.6., le patient est emmené en promenade. Dans son état confusionnel, il mangeait de l'herbe au cours de ces sorties. Ses propos demeuraient bizarres et incompréhensibles. La nuit, il demeurait longtemps excité et son état exigea à trois reprises une dose de réserve de Prazine et de Phénergan.

Le 17.6., on note un état d'agitation croissante. Deux tentatives de sortir le malade de sa cellule d'isolement échouèrent. Il brisait des verres, arrachait le rideau et prétendait qu'il sentait en lui des forces surnaturelles. Après une nuit agitée, il développa à nouveau, le 18.6., un état proche d'un accès de l'agitation furieuse. Le patient déchirait sa chemise de nuit, en bouchait les toilettes, apparaissant tantôt menaçant, tantôt en larmes, attaquait un infirmier et tentait d'avaler un mégot.

Le 19.6., il eut la visite du Professeur TISSOT "qui pose le diagnostic de schizophrénie probable". Précisément, le malade se portait mieux, il se nourrissait et était à peu près capable de dialoguer. "Le Professeur TISSOT indique une cure de sommeil". Alain, lorsqu'on lui propose, de prime abord refuse, demandait à prendre un bain puis à téléphoner à son avocat. Finalement il accepte car il n'existe pas d'autre issue et reçoit à 17 h. 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" (feuille des heures). Le tableau figurant ci-après oriente sur les médicaments administrés "per os" dès ce moment. Il a été établi d'après les feuilles de traitement. En outre, il ressort des notes prises par le personnel infirmier que le patient a bu quotidiennement des quantités de liquide adéquates (entre 1200 et 2500 cc par jour).

Les quantités d'urine éliminées étaient normales. Le contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls, température) s'effectua 4 à 5 fois par jour pendant toute la durée de la cure de sommeil. Une attention toute particulière fut portée à ce que le patient ne développe pas de décubitus.

Médicaments administrés pendant la cure de sommeil
de Monsieur Alain URBAN (constamment pris per os) :

	19.6	20.6	21.6	22.6	23.6	24.6	25.6	26.6	27.6	28.6	27.6
PHENERGAN mg	100	200	300	250	250	200	300	300	300	350	0
MELLERIL mg	200	400	600	200							
TUINAL mg	400	800	1200	800	1000	800	1600	1800	1800	1500	0
TERFLUZINE mg	50	20	30	40	50	40	60	60	60	50	0
ARTANE mg		5		10		15	20	10	15	15	0
ROHYPNOL mg			2	2	8	8	10	12	12	10	0
NOZINAN mg				300	500	400	600	600	600	500	0
PRAZINE mg							50				

La lutte contre l'endormissement caractérise également le déroulement ultérieur de la cure de sommeil. On aboutit à nouveau à des voies de fait. Le lendemain, le 20.6., on relève sur la feuille des heures que le malade repoussa violemment une soignante. D'autre part, il était par moments si somnolent qu'il éprouvait des difficultés à la déglutition. Il obtint alors en réponse à son recours contre l'hospitalisation la visite d'un membre du Conseil de surveillance psychiatrique. Le 21.6, il prit connaissance de la décision que ni son hospitalisation, ni son traitement ne pouvaient être interrompus, ce qui le déçut beaucoup. Le soir, il se montra agressif à l'encontre du médecin et du personnel infirmier. Dans ses notes, l'infirmière se plaint qu'aucune amélioration ne soit survenue et que "le lieu et le traitement ne convient absolument pas à une cure de sommeil". Toutefois le patient prenait ses médicaments sans rechigner. D'une part, il était si somnolent que parfois il avait de la peine à les avaler, d'autre part, il présentait "toujours ce besoin d'être agressif par moments".

Le 22.6.1980, l'infirmière constata une ascension de la tension artérielle à 135/125 mm de Hg. Elle appela un médecin, le Dr BAGGIO, qui contrôla cette découverte avec un autre appareil et confirma cette valeur élevée. Après 3 heures, la pression s'abaissa à 130/100 mm de Hg et le lendemain, elle oscilla entre un maximum de 170/100 et un minimum de 120/80 mm de Hg.

Le 23.6.1980, on constata une ascension thermique atteignant au maximum 38° C. Par la suite le patient fut examiné soigneusement par le Dr C. COURTEHEUSE, médecin consultant de médecine interne; elle ne put déceler aucun état pathologique. En particulier, l'auscultation du thorax (coeur et poumons) se révéla négative. Sitôt après la prise d'une radiographie thoracique, le médecin l'interpréta et ne découvrit aucun foyer brochopneumonique. Elle demanda divers examens de laboratoire qui donnèrent les résultats suivants : analyse des urines : négative; culture des urines : pas de croissance microbienne; taux d'hémoglobine : 14,8 gr %; hématoците : 46 %; leucocytes : 12'100 par mmc, dont neutrophiles non segmentés : 26 %, neutrophiles segmentés : 54 %, éosinophiles : 2,5 %, monocytes : 6,5 %, lymphocytes 11 %; thrombocytes : 192'000; vitesse de sédimentation globulaire : 30/61 mm; urée : 6,3 mmol/l; créatinine 94 mmol/l; protéines totales : 68 gr/l; transaminases : GOT 26 U/l, GPT 16 U/l.

Etant donné que la température se normalisa sans l'aide d'antibiotiques, la cure de sommeil - après avoir demandé l'avis du Prof. TISSOT - fut poursuivie

Même subfébrile, le malade ne s'est, en général, pas beaucoup calmé. Il déversait son thé dans la chambre. Il apparaissait toujours tendu à l'infirmière qui le vit le matin du 24.6., "veut qu'on l'aime, nous rejette en même temps, pleure facilement, se calme assez vite". Bien que ses expressions verbales fussent incohérentes et versatiles, elles donnaient tout de même l'impression de la présence d'un contact affectif. On lui administrait ses médicaments toutes les quatre heures. Mais les moments pendant lesquels on pouvait aborder le patient ne duraient jamais longtemps. On nota le soir : "Ce patient résiste au sommeil, ... il chante, pleure, tape des poings sur la porte ... nous le trouvons au milieu de la chambre inondée (il a bouché les toilettes)".

De même, le lendemain, le 25.6., l'état est caractérisé par de l'excitation et une panique délirante. Par moments, le patient est agressif puis à nouveau passif, déclame de façon incohérente, pleure, lance de petits objets à travers la chambre, prend un aide-infirmier pour son père et l'insulte; son état

d'épuisement est tel qu'il éprouve des difficultés à avaler la nourriture et les boissons. L'apparition d'une bulle au talon gauche signifie un début de décubitus qui est triaté selon les règles.

Le 26.6., le patient est un peu plus calme, mais jette cependant le récipient contenant sa boisson. Le 27.6., il est derechef bruyant et agressif, tape contre les murs, renverse de l'eau, frappe l'aide-infirmier déjà cité, s'en excuse, non pas auprès de la victime, mais, comme dans une hallucination, auprès de sa mère (absente).

Le 28.6., le malade semble un peu plus calme, ses propos sont un peu plus cohérents, il est plus abordable, se laisse mettre au lit, boit suffisamment et accepte les ordres donnés. Il se réveille à 2200 h. et présente, à nouveau, un état d'excitation. A 2230 h., il prend ses médicaments. Comme à 0330 h.

Le 29.6., il dort et respire tranquillement, l'infirmière renonce à lui administrer la médication de réserve. A 0615 h., l'infirmière le découvre, sans vie, la tête et le tronc reposant hors du matelas. La doctoresse de garde sitôt appelée confirme son décès en se basant sur l'arrêt respiratoire et cardiaque, les pupilles en mydriase fixe, la rigidité cadavérique déjà installée au niveau des mains et l'abaissement notable de la température du corps (1.3.3).

4. Résultats de l'autopsie

L'autopsie pratiquée le 30.6.1980 permis les constatations suivantes, importantes pour la présente expertise :

Constatations macroscopiques :

- poids du poumon droit 750 g.
poids du poumon gauche 830 g.
Après la coupe et la compression, il s'écoule un liquide d'œdème d'aspect trouble. Les lumières bronchiques sont le siège de petites quantités d'un mucus gris-jaunâtre. Après compression, il s'écoule de certaines bronchioles un matériel jaune crémeux. Diagnostic : bronchopneumonie.
- poids du cerveau 1600 g.
Les circonvolutions cérébrales sont aplaties, les sillons étroits.
Diagnostic : œdème cérébral.

- Foie 2250 g.
Diagnostic : foie de stase.
- Rein gauche 250 g.
Rein droit 180 g.
Diagnostic : reins de stase.
- Rate 350 g., de structure normale, peu de matériel de râclage.
Diagnostic : rate de stase.

Constatations histologiques :

- Poumons

Par places, les alvéoles contiennent un liquide d'oedème rosé. Par endroits, il existe des polynucléaires intra-alvéolaires. On rencontre également çà et là une desquamation de cellules alvéolaires et des macrophages. La configuration histologique des bronches est normale, mais on observe néanmoins un épaississement de la membrane basale et une hypertrophie de la musculature (bronchique, note du trad.). Dans une des bronches principales, on découvre du matériel fraîchement aspiré.

- Foie : stase

- Rate : stase
Pas de rate dite "infectieuse"

- Reins : stase

- Coeur :

Les fibres myocardiques sont par endroits atteintes d'une myolyse et, aux colorations spéciales, il existe une diminution et même parfois une disparition de la striation. Ces fibres révèlent en outre une éosinophilie et, en partie, une dissociation. Il n'y a pas d'infiltrats inflammatoires: les artères ainsi que les capillaires coronaires sont normaux.

En résumé, le Professeur BERNHEIM décrit les constatations suivantes :

1. Bronchopneumonie, bronchite chronique, oedème pulmonaire, aspiration terminale.
2. Foyers de nécrose focale récents au niveau du coeur (myocarde) en l'absence d'altérations des vaisseaux cardiaques (artères coronaires et capillaires).
3. Organes de stase : cerveau, foie, reins, rate.

Commentaires sur l'autopsie :

L'étendue exacte des foyers bronchopneumoniques n'est pas mentionnée: la description se limite à quelques seuls foyers. L'augmentation modérée du poids des poumons (valeur normales du poumon gauche 400 ± 80 g., du poumon droit 455 ± 95 g.), en présence d'un oedème pulmonaire, permet d'exclure une bronchopneumonie d'importance moyenne ou majeure. D'autre part, l'oedème inflammatoire splénique ("rate infectieuse", note du trad.) qui accompagne régulièrement toute bronchopneumonie d'importance moyenne ou majeure fait défaut.

5. La question des fautes professionnelles

Pour pouvoir répondre définitivement et dans l'ordre que vous proposez à vos questions et à celles de Me DE DARDEL, nous sommes obligés de les grouper préalablement dans un ordre thématique. Ce n'est que par ce moyen que de longues répétitions seront évitées.

5.1 A-t-on posé un diagnostic psychiatrique erroné qui aurait eu des conséquences défavorables ?

Cette question se résume pratiquement à la suivante : était-ce une erreur de ne pas retenir, dans l'observation du malade et de son vivant, le diagnostic que nous jugeons pertinent de catatonie maligne, diagnostic basé sur un état d'excitation incoercible, la présence de fièvre et une hypertension artérielle (voir explications de certains termes techniques dans l'introduction) et de ne pas poser l'indication à un traitement par électrochocs (EC) ?

Nous répondons par la négative pour les raisons suivantes : comme il sera démontré par la suite, l'EC n'a pas été appliqué, non pas du fait que le diagnostic de catatonie maligne aiguë n'ait pas été posé, mais pour des raisons qui seront évoquées plus loin. A ceci s'ajoute le fait que le tableau clinique de la catatonie maligne ne se rencontre plus que rarement dans les cliniques psychiatriques grâce au traitement neuroleptique et aux progrès accomplis en psychothérapie. Pour cette raison, on a partout oublié quelque peu ce syndrome. La dernière édition du traité de BLEULER datant de 1979 ne mentionne même plus cette notion et ne la cite, dans les médications de l'EC, que sous les termes de "états schizophréniques gravissimes avec excitation et confusion mentale ne cédant pas à d'autres traitements et laissant entrevoir une issue fatale". Le travail approfondi publié en 1982 par H. HAEFNER et S. KASPAR à Mannheim confirme l'indication vitale classique de ce traitement et l'actualise à nouveau; il n'avait pas paru en 1980.

Que l'on désigne la psychose actuelle du patient de façon descriptive comme étant un "épisode délirant aigu" ou qu'on l'estime nosologiquement, comme le fait le Professeur TISSOT, comme étant une schizophrénie probable", cette distinction ne joue aucun rôle quant au choix des décisions thérapeutiques prises dans ce cas. Il est, de même, secondaire que le soussigné de gauche considère l'évolution générale de la maladie comme une "schizophrénie à évolution cyclique, respectivement périodique (éventuellement infiltrée d'éléments maniaque-dépressifs). Qu'il ne se soit pas agi d'une ivresse psychotoxique prolongée produite par les drogues - comme on le suspectait encore en 1973 - a été prouvé clairement par le fait qu'entretemps une nouvelle poussée s'est manifestée en dehors de tout abus de drogues.

5.2 Des examens physiques appropriés ont-ils été omis de façon fautive ou mal interprétés ?

5.2.1 Investigation clinique fondamentale défectueuse ?

D'après le dossier, l'examen physique habituel d'entrée du patient - à part quelques tests de laboratoire - n'a pu être pratiqué les premiers jours du fait de l'état d'excitation, de l'impossibilité d'approche et de l'attitude négative du malade.

Le dossier jusqu'au 23.6. ne mentionne pas s'il a été effectué par la suite ou si, oui ou non, il aurait pu être pratiqué. On ne peut juger avec précision à quel point l'état d'excitation psychomotrice du patient en est responsable.

Toutefois, les résultats normaux de l'examen complet de médecine interne du 23.6. et les investigations biologiques du 16.6. parlent contre le fait qu'antérieurement on aurait pu découvrir des symptômes ou des signes d'une atteinte physique importante. En face de l'état d'excitation menaçant - au sens d'une catatonie maligne -, il n'est pas non plus aisé de concevoir un syndrome qui aurait permis d'appliquer quelque autre traitement sédatif.

Le 23.6., un examen par le médecin interniste a été demandé en raison de la première apparition d'une température fébrile. Ni à l'auscultation, ni à la radiographie du thorax, cette spécialiste ne constata de modifications pathologiques. Toutefois, le Dr B. HECHMATI note dans son rapport du 30.6.1980 la présence sur la radiographie de foyers bronchopneumoniques aussi bien à droite que dans la région périhilaire gauche. L'interniste soussigné ne peut partager cette opinion. La trame broncho-vasculaire légèrement accentuée à droite ne peut correspondre au diagnostic de bronchopneumonie, même si des critères rigoureux sont appliqués. La légère altération radiologique peut de toute façon être expliquée par la ventilation asymétrique chez un patient longtemps alité. La chute thermique spontanée a des valeurs normales et l'absence de nouvelles poussées de fièvre jusqu'au décès parlent aussi contre l'existence d'une bronchopneumonie floride. Conformément à cela, l'autopsie n'a révélé que de rares petits foyers infectieux; on peut donc dire rétrospectivement qu'une "médication à un traitement antibiotique (dirigé contre une infection) ne s'imposait pas.

5.2.2 Omission de l'électrocardiogramme (ECG)?

Les neuroleptiques du genre utilisés dans le cas présent peuvent provoquer des manifestations toxiques au niveau du coeur, qui se traduisent à l'ECG. Comme le patient s'est soumis à la prise d'une radiographie du thorax, il est permis de supposer qu'à ce moment-là, il se serait tenu tranquille pendant de brefs instants pour permettre l'enregistrement d'un ECG. Le dossier ne contient toutefois pas d'ECG et la tentative d'un enregistrement n'y est pas mentionnée. Ceci constitue-t-il une faute professionnelle ?

Pour deux raisons, nous répondrons négativement à cette question. La raison principale est qu'un ECG pathologique n'aurait probablement pas mené à une alternative thérapeutique plus favorable et pratique et que ceci pouvait être prévu. Dans les rares cas d'effets secondaires graves par les neuroleptiques, les signes électrographiques n'apparaissent en général que très peu de temps avant l'insuffisance cardiaque létale. Il n'existe donc pas de règle absolue indiquant à quels intervalles il est judicieux de pratiquer des ECG de contrôle dans les nombreux cas de traitements au long cours par des neuroleptiques et des antidépresseurs administrés à doses élevées. Après que, pour des raisons que nous évoquerons plus loin, le traitement par électrochocs, plus ménageant pour le coeur, eut été écarté chez ce malade, il ne restait plus qu'une alternative en cas d'apparition d'altérations électrocardiographiques possibles (mais peu vraisemblables), c'était celle d'interrompre la thérapeutique neuroleptique - et encore, aurait-il fallu que ces altérations électriques apparaissent à temps. Cette interruption du traitement aurait nécessité un isolement prolongé dans un état d'excitation extrême et pu signifier une déviation accélérée de la catatonie aiguë vers l'exitus (avant l'ère des neuroleptiques, le taux de mortalité de la catatonie maligne était plus élevé que celui de la "cure de sommeil" profonde de l'époque; voir explication des termes techniques) s'abstenir d'un examen duquel on ne peut espérer clairement une indication pour agir ne constitue pas une faute professionnelle.

La seconde raison, moins importante, parlant contre l'hypothèse de cette faute professionnelle, repose sur le fait que dans la plupart des références citées dans le dossier ainsi que dans celles que nous connaissons, les auteurs renoncent à pratiquer un ECG, chez des malades à coeur normal, comme condition préalable à une cure de sommeil, respectivement à une cure crépusculaire. De telles recommandations sont toutefois formulées par la clinique lausannoise mais elles ne peuvent être ni suivies, ni considérées dans chaque cas aigu, ni interprétées comme étant une règle absolue. De toute façon, dans le cas particulier, il n'est pas possible de prétendre que la clinique ait négligé un examen de routine.

5.2.3 Autres investigations faisant défaut ?

A aucun moment, on n'aurait pu, à l'aide d'un enregistrement électro-encéphalographique (EEG), espérer une quelconque indication thérapeutique importante. Un EEG, plus encore qu'un ECG, exige du patient la faculté de pouvoir rester calme, détendu et collaborant. On ne peut guère supposer que cet examen ait été couronné de succès.

L'examen anatomo-pathologique du cerveau n'a pas révélé de lésions suite à l'accident de motocyclette de la veille, accident mentionné dans le dossier de l'ADUPSY. Le tableau clinique lui non plus ne permettait pas d'avoir quelque soupçon à cet égard. Pour la même raison, nous ne jugeons pas non plus utile de discuter ici d'autres examens complémentaires possibles, tel celui du fond de l'oeil.

5.2.4 Accès de toux minimisés ?

Il nous est demandé si, pendant le séjour du malade, des accès de toux avaient été observés. Nous l'ignorons. Le personnel soignant ne semble pas avoir noté ce symptôme. Même si celui-ci avait été observé, aucune déduction n'aurait pu en être faite (par exemple : arrêt de la cure de sommeil), mais aurait amené à demander un examen clinique identique à celui pratiqué par le médecin interniste.

5.3 Des erreurs probantes dans les indications et le traitement ont-elles été commises, autrement dit a-t-on négligé des procédés qui auraient davantage ménagé le malade ?

5.3.1 Omission quant au renvoi immédiat du patient à domicile ?

Chez ce malade, cette question s'est posée durant les premiers jours du fait de son refus catégorique de toute hospitalisation. Bien entendu, il ne s'agissait pas d'un renvoi du patient dans la rue d'où il venait d'être amené par la police à cause de son état le mettant en danger. Néanmoins, certains malades graves sont parfois soignés à domicile par leurs proches. Dans le cas particulier, on aurait pu l'entreprendre, mais uniquement à titre d'essai. D'après le dossier médical et les autres documents, une telle demande n'a jamais été formulée de la part des personnes intéressées. Il ne restait à la clinique qu'à garder le malade grave et récalcitrant.

5.3.2 Indication erronée de la cure de sommeil, respectivement de la cure crépusculaire ?

Cette médication a été posée le 19.6.1980 par le Professeur TISSOT, alors que l'association thérapeutique de trois à quatre neuroleptiques (Prazine, Therfluzine, Phénergan) à un médicament anti-parkinsonnien (Artane) et à un hypnotique du groupe des tranquillisants (Rohypnol) se fut révélée insuffisante. La modification consistait essentiellement en une adjonction de l'hypnotique Tuinal (un barbiturique à action aussi bien courte que prolongée). La cure ne fut pas menée comme une cure de sommeil au sens strict du terme, mais comme une cure crépusculaire en appliquant des doses non pas fixes, mais adaptées à l'état du patient (voir chapitre : explication de certains termes techniques)- Comme d'une part l'état d'excitation était pénible à supporter aussi bien par le patient que par son entourage - tableau clinique qui interdisait tout arrêt de l'isolement - et que d'autre part, il n'existait pas de contre-indication à une cure de sommeil, on ne voit guère quelle solution meilleure aurait pu être trouvée à ce moment-là.

L'aspect d'un malade atteint de catatonie maligne est effrayant. Malgré des doses élevées de sédatifs et d'hypnotiques qui provoqueraient un sommeil profond chez n'importe quel autre sujet agité, le malade n'est même pas capable de demeurer tranquillement assis, mais titube de-ci, de-là, "luttant" contre la sédation et le sommeil. Les amis d'Alain URBAN qui lui rendaient visite ont, eux aussi, décrit cette énorme force irrésistible d'excitation intérieure que présentait le malade (1.3.7). Ils notent qu'il ne pouvait même plus lever les paupières et que, cependant, il n'arrivait pas à trouver le repos.

Le profane est souvent incapable d'imaginer qu'il s'agit d'une question de vie ou de mort et que - lorsque des médicaments anodins sont inefficaces - on est obligé de prescrire un traitement qui, lui, est beaucoup moins dangereux que l'état d'excitation lui-même; et cela, même si cette thérapeutique n'est pas entièrement dépourvue de dangers (E. BLEULER, traité, 1979, p. 177, à l'occasion de la discussion des médications de la cure crépusculaire. Souligné par l'un des experts). Dans de telles situations d'urgence, il n'est pas possible, pendant des jours entiers, de préparer le malade par une psychothérapie à sa cure de sommeil ainsi que l'auraient souhaité les amis du patient.

5.3.3

Négligence dans l'indication du traitement électrique (EC) ?

Si les EC s'étaient montrés efficaces lors du séjour de mai 1973 à Bel-Air, on pourrait se poser la question d'une omission fautive de ce genre de traitement lors de l'apparition, le 19.6.1980, d'un état subfébrile. Puisqu'en 1973, les EC, vu leur inefficacité, avaient dû être interrompus, on ne peut parler d'une faute professionnelle de ne pas avoir repris ce traitement. Toutefois, lorsqu'on étudie le dossier de façon plus détaillée, on constate qu'en 1973, les EC ont été arrêtés après trois séances déjà. Il se peut très bien que si, à l'époque, on avait poursuivi la cure, un succès aurait, malgré tout, pu être obtenu. C'est avant tout l'intensification du traitement (plusieurs séances par jour) qui peut, parfois, mener enfin à une dissolution de l'état d'excitation confusionnelle. Il n'aurait donc sûrement pas été erroné de tenter, en 1980, une nouvelle fois ce genre de traitement.

Toutefois, un autre obstacle aurait pu alors surgir à l'application de cette thérapeutique. Parmi le public, de même que parmi une grande partie du personnel psychiatrique insuffisamment informé, les EC représentent pour des raisons irrationnelles (mode de torture au nom identique), un danger vital et une menace pour le bon fonctionnement cérébral ultérieur du malade soumis à ce traitement. La nombreuse littérature consacrée à l'expérience contrôlée dans le domaine prouve le contraire; celle-ci est inconnue du personnel psychiatrique, y compris de nombreux médecins; là où elle est connue, elle est étouffée par les informations émotionnelles erronées données par les mass-media. C'est ainsi que le soussigné de gauche, dans sa propre clinique, ne réussit pas dans tous les cas à imposer ce traitement, pourtant indiqué dans l'intérêt du patient. Dans une de ses publications consacrée à des cas de suicides, il a mentionné certains cas de dépressions résistantes au traitement, dont les suicides auraient probablement pu être évités si ce traitement, omis pour des raisons irrationnelles, avait pu être appliqué (voir 1.4).

On peut supposer qu'en 1980, il eut été difficile, voire impossible aux médecins de la clinique genevoise d'imposer un traitement par EC à un malade très atteint, bien que justement la menace d'un danger somatique aurait été en faveur de ce genre de traitement. Un médecin qui, à l'époque, aurait eu l'intention de le préconiser se serait trouvé dans une situation fort délicate: dans le cas où la cure se serait soldée par un échec ou, même si elle n'avait pu empêcher l'exitus du malade en danger de mort, il aurait dû d'emblée s'attendre, de la part de tiers, à des reproches d'inhumanité. On ne peut exiger d'aucun médecin qu'il assume le poids d'une telle décision lorsque les chances de succès sont déjà réduites sur la base d'expériences acquises antérieurement. C'est pour cette raison qu'on ne peut discuter sérieusement la question d'une omission fautive d'une thérapeutique intensive par EC.

5.3.4

Retard dans l'arrêt de la cure de sommeil, respectivement de la cure crépusculaire ?

L'apparition de fièvre lors d'un état crépusculaire médicamenteux constitue un danger mortel et exige une interruption de la cure (E. BLEULER, traité 197

Par conséquent, la poursuite de la cure a-t-elle constitué une faute professionnelle ? Des lignes directrices générales ne suffisent pas pour répondre à cette question. On est obligé d'examiner de surcroît quelles étaient, somme toute, les alternatives thérapeutiques qui s'offraient aux médecins.

Tout d'abord, il faut rappeler que la température qui n'a jamais dépassé 38 degrés s'est à nouveau normalisée le 23.6.1980 après une ascension unique une journée. Ensuite, puisque d'une part on avait renoncé au renvoi du malade et d'autre part à une cure par EC, il ne restait plus aux médecins que l'isolement du patient sans administration de sédatifs. On retrouve ici, et nous l'avons signalé plus haut, la situation des années 50, celle d'avant l'introduction des neuroleptiques dans laquelle le taux de mortalité de la catatonie aiguë était beaucoup plus élevée qu'à l'heure actuelle. On peut admettre que le malade n'aurait probablement pas survécu si cette décision avait été prise.

A l'époque, alors que l'on ignorait encore qu'il allait mourir au cours de la cure crépusculaire, l'isolement sans médication aurait produit l'effet d'une mesure abusive, dangereuse et inhumaine.

5.3.5

Surdosage médicamenteux ?

On ne peut dans ce cas parler de surdosage puisque les sédatifs ont été administrés au fur et à mesure selon les besoins et non pas selon un schéma fixe et puisque l'état d'excitation psychomotrice du malade en catatonie maligne était plus dangereux que les effets secondaires possibles provoqués par les médicaments prescrits à doses élevées. Il n'était pas possible pour les médecins traitants de peser tranquillement le pour et le contre et de "poser des indications", harcelés qu'ils étaient par une situation d'urgence.

Mais il se pose tout de même la question si, pour certains médicaments, des limites absolues et par cela la marge de manoeuvre n'ont pas été dépassées. En parlant de "limites", on ne peut, bien entendu, pas vouloir désigner les "doses maximales" telles qu'elles sont indiquées dans un cas de cure normale (compar. p. ex. les pages copiées d'un article de WADE, 1977, figurant dans le dossier du malade). Ceci signifierait qu'on ne pourrait jamais procéder à des cures crépusculaires chez des malades dangereusement excités puisque ceux-ci ne réagissent généralement pas aux doses habituelles.

Bien que dans le cas présent, les doses de neuroleptiques administrées étaient en général très élevées, elles n'étaient cependant pas extrêmement hautes comparées à celles citées dans la littérature relative à ce sujet. C'est ainsi que l'on recommande une dose dix fois plus élevée que la dose maximale normale (passant de 25 mg à 250 mg) du neuroleptique-dépôt Dapotum D (décanoate de fluphénazine) dans certaines psychoses schizo-phréniques (STEINER 1978). D'après GERLACH (1977) on peut même appliquer des doses encore plus élevées chez certains malades résistant au traitement. Des doses 20 fois plus élevées (200 mg au lieu de 10 mg par jour) du neuroleptique Halopéridol ont été administrées pendant quinze jours à un schizophrène, sans pour autant provoquer chez lui d'effets secondaires dangereux (ZARIFIAN 1982, un exemple parmi beaucoup d'autres).

Les doses les plus fortes administrées à Alain URBAN se situent sans exception en dessous des doses les plus élevées (c'est-à-dire des doses maximum appliquées durant certaines cures), citées dans le travail d'ensemble d'ANCST, en 1974. Ce n'est que pour les barbituriques (TUINAL) que des médications correspondantes font défaut dans la littérature moderne, puisque les cures de sommeil au cours desquelles les barbituriques ont joué le rôle principal dans l'application de la cure ne sont plus que rarement effectuées à l'heure actuelle. Dans le cas particulier, on ne peut soutenir l'hypothèse d'un surdosage, car le patient n'a jamais dormi longuement de façon continue et n'est encore moins tombé dans un état de narcose à réveil impossible, ou encore dans celui dénommé "coma prolongé" (un des dangers les plus sérieux dans la cure de sommeil classique).

5.3.6

Association exagérée de médicaments ?

Dans la littérature, on met souvent en garde contre une association inutile de divers neuroleptiques; il en est de même dans vos dossiers. Il est, en effet, connu que de telles associations provoquent plus souvent des effets secondaires qu'une monothérapie. Mais en pratique, l'association médicamenteuse est fréquemment utilisée car le thérapeute craint les dosages extrêmes dont nous avons parlé plus haut (et dont il faut également se méfier selon d'autres publications).

On tente alors, progressivement, par l'adjonction d'autres sédatifs, d'atteindre, malgré tout, le but. Ceci s'est produit de façon caractéristique dans le cas présent. En utilisant ce procédé, on a toutes les chances de réussir tôt ou tard, ce qui permet, par la suite, de diminuer progressivement la dose des divers composants. En 1973, cette méthode a même été couronnée de succès chez Alain URBAN.

A la lecture du dossier clinique du malade, en particulier de la feuille des heures et du graphique de la cure de sommeil, nous arrivons à la conclusion que les médecins responsables, en présence de l'agitation extrême du patient et compte tenu de sa résistance au traitement, n'ont en aucun moment dépassé le cadre d'une appréciation judicieuse. Ceci d'autant plus que le patient, au cours de périodes antérieures de sa maladie, avait bien supporté une forte médication combinée.

5.3.7 Décubitus non reconnu ?

D'après la feuille de maladie, la formation bulleuse du talon gauche a été traitée le 25.6. de façon appropriée par des désinfectants. L'apparition de ce symptôme pourrait toutefois indiquer que, contrairement à notre remarque sous 5.3.5, le patient aurait tout de même dormi de façon continue pendant une période prolongée. Ce fait est néanmoins réfuté par les notes figurant sur la feuille de maladie et les graphiques. Les neuroleptiques combinés aux hypnotiques diminuent fortement la motilité involontaire observée fréquemment pendant le sommeil de l'individu normal. Si l'on ajoute à cela l'état d'épuisement du patient, ce traitement a pu accélérer l'apparition d'un début de décubitus après une courte période de sommeil déjà. La lésion cutanée était, en elle-même, beaucoup trop insignifiante pour avoir contribué à l'issue mortelle.

5.4 Des erreurs ont-elles été commises dans le placement ou dans les soins ?

5.4.1 L'isolement du patient était-il justifié ?

Les notes figurant dans le dossier du malade, en particulier celles inscrites par le personnel infirmier sur la feuille des heures, témoignent régulièrement des accès d'excitation graves et récidiveurs du patient ainsi que de ses actes de violence envers les objets et les personnes. Son isolement, soit en cellule, soit, plus tard, en chambre individuelle, était inévitable, en partie à cause du dérangement et du danger occasionnés aux autres malades et au personnel, en partie aussi pour la protection du patient lui-même qui aggravait son état d'excitation lorsqu'il discutait avec son entourage. Le représentant du Conseil de surveillance psychiatrique, qui rendit visite au malade le 20.6.1980 (1.3.4) et qui ne constata, par ailleurs, d'un isolement temporaire, partageait cet avis. Effectivement, on tenta à plusieurs reprises de sortir le patient de l'isolement. Parfois on y réussit pour un certain temps, d'autres fois, les tentatives échouèrent rapidement. L'isolement ne devrait pas être considéré en quelque sorte comme une variante thérapeutique librement choisie, mais comme une mesure d'urgence, c'est-à-dire comme le choix d'un moindre mal au moment donné.

Malheureusement même dans le cadre de la psychiatrie clinique moderne, l'excitation psychomotrice incoercible constitue un motif à l'application de cette mesure qui, dans la plupart des cas, n'est toutefois que passagère (voir la publication du premier soussigné sous 1.4). Il existait chez ce patient excité et affaibli un danger de chute; on l'a réduit au minimum en plaçant dans sa chambre un "lit de sol" (matelas entouré de literie posé à même le sol) et non pas un lit normal.

5.4.2

Le malade a-t-il été convenablement surveillé par le personnel soignant ?

Les feuilles des heures contiennent de nombreuses notes qui témoignent de soins scrupuleux, personnalisés et adaptés autant que possible à l'individualité du malade. On ne peut en aucun cas prouver que le patient ait été négligé pendant son séjour en cellule d'isolement. Parfois, à la lecture, on a l'impression qu'une attention patiente arrivait à détendre et à calmer quelque peu le malade excité.

Cet effet correspond aux données psychiatriques générales. Il existe de bonnes raisons de croire que l'attention personnelle portée à un malade atteint de catatonie maligne peut contribuer à le sauver. On ne pouvait toutefois exiger une disposition illimitée du personnel soignant de cette unité qui, en outre, devait s'occuper simultanément de nombreux autres malades graves. D'après les indications du Prof. TISSOT (1.3.2) et de la veilleuse, celle-ci avait à s'occuper dans son unité d'environ 20 malades

Lors de l'entrevue du 26.2.1982 (1.5) que le soussigné de gauche a eue avec le Prof. TISSOT, il a appris que ce chiffre était faux. En fait, à côté de la veilleuse, une seconde infirmière fonctionnait dans l'unité et une troisième personne était pour le moins temporairement disponible, malgré certaines occupations en dehors de l'unité. Le Prof. TISSOT signale le règlement (1.3.6) qui stipule qu'un patient en cure de sommeil doit au moins être visité toutes les quatre heures par l'infirmière et il ajoute "ce qui ne signifie pas qu'Alain URBAN n'a pas été vu plus souvent". Il s'agissait donc d'une des applications minima usuelles à de tels cas. Dans le cas présent, la question de savoir s'il y avait de nuit une ou trois infirmières en fonction dans l'unité d'Alain URBAN ne joue pas un rôle important, ni pour le problème de la cause du décès, ni pour celui d'une faute professionnelle.

5.4.3

Le transfert dans une chambre ordinaire était-il prématuré ?

Alain URBAN a passé ses derniers jours non plus dans une cellule d'isolement, mais dans une chambre individuelle ordinaire. En raison du danger de chute pour ce patient excité et affaibli, cette chambre n'était pas non plus pourvue d'un lit ordinaire, mais d'un matelas entouré de literie posé à même le sol. Quoiqu'il en soit, cette chambre était plus confortable que la cellule d'isolement.

Le 21.6, l'infirmière en fonction critique ce transfert (voir 3.3.3 sous cette date). Manifestement, en observant les lieux, on remarque que, par rapport au local de garde, la deuxième chambre est située deux fois plus loin que la cellule d'isolement (estimation visuelle : env. 25 m. contre 10 m.). La critique de l'infirmière est donc compréhensible. Mais une erreur de placement proprement dite ne peut être évoquée. Les deux chambres disposent d'une sonnerie. Par l'aspect plus confortable de la chambre, on devait ou pouvait espérer un effet favorable sur l'état du malade. L'issue fatale se serait produite même en cellule d'isolement. Si on s'était abstenu de la tentative d'un meilleur logement, on aurait pu s'entendre reprocher par des tiers de manquer d'attention à l'égard du malade.

5.5

A-t-on demandé le consentement du malade en vue de son traitement ?

Le dossier du malade indique que le patient a tout d'abord refusé la cure de sommeil puis il ne l'a acceptée que "parce qu'il n'existait aucune autre issue". Cette attitude peut être interprétée aussi bien comme un consentement à contrecœur que comme une acception face à une contrainte physique. On ne peut parler ici de libre choix entre la continuation de l'isolement et la cure de sommeil. Pour effectuer ce libre choix, le patient délirant manquait de capacité de jugement. Il aurait dû, en tout cas, être capable de recevoir et de comprendre les explications préalables à ce sujet. Ceci aurait signifié qu'on lui aurait cruellement imposé le choix entre un danger mortel accru qu'il ignorait (renonciation à une sédation médicamenteuse) et un danger mortel moindre (application d'une médication qu'il redoutait comme une calamité).

Manifestement, le malade a été informé de la possibilité qu'il avait de recourir auprès du Conseil de surveillance psychiatrique. Le recours a été toutefois rejeté (ce qui se comprend, vu l'état grave dans lequel se trouvait le patient). Il ne nous est pas demandé et il ne serait pas non plus de notre ressort de décider si, lors de la demande du "consentement éclairé" des ordres formel ont été enfreints. En tout cas, en ce qui concerne le traitement d'urgence, il n'existe pas de faute professionnelle puisqu'il n'offrait aucune alternative autorisant davantage d'espoir.

5.6

L'absence de certaines installations de réanimation a-t-elle contribué à l'issue fatale ?

Des mesures de réanimation d'urgence n'auraient certainement pas sauvé le malade lorsqu'il fut découvert, sans vie, le 29.6 à 0615 h. par l'infirmière. Le médecin appelé a constaté les signes d'une mort remontant à un certain temps, signes dont nous avons parlé plus haut. Par contre, il n'existait auparavant aucune raison d'entreprendre des mesures de réanimation. La preuve que le patient n'était pas déjà décédé à 0330 h. lorsque l'infirmière-veilleuse estima qu'il dormait tranquillement est fournie par le fait que, depuis ce moment-là, il avait changé de position.

Nous n'avons pas à juger si les installations de réanimation existantes auraient suffi au cas où leur utilisation se fut avérée nécessaire à un moment donné.

Toutes ces réflexions sont également valables si le malade n'était pas décédé d'une insuffisance cardiaque aiguë mais d'un spasme glottique (crampe laryngée) aigu. De tels épisodes sont connus dans la liste des complications rares du traitement par les neuroleptiques. Toutefois, dans ce cas également, l'intubation et la respiration artificielle auraient été trop tardives.

6.

La cause de la mort

A l'autopsie, les constatations suivantes ont été décrites :

1. Bronchopneumonie, bronchite chronique, oedème pulmonaire, aspiration terminale.
2. Foyers récents de nécrose focale au niveau du coeur (myocarde) sans altérations de la vascularisation cardiaque (artères coronaires et capillaires).
3. Organes de stase : cerveau, foie, reins, rate.

L'étendue des foyers bronchopneumoniques était réduite. La veille du décès, le patient était afébrile. La bronchopneumonie ne peut donc être rendue responsable du décès.

Par contre, les trois points suivants sont déterminants en vue de l'appréciation de la cause de la mort :

1. La mort soudaine, sans symptômes d'alarme prémonitoires.
2. Les médicaments administrés.
3. Les organes de stase constatés à l'autopsie.

On sait que les phénothiazines administrées à doses utiles pour une cure de sommeil, respectivement une cure crépusculaire, peuvent provoquer des troubles du rythme cardiaque qui conduisent brutalement à l'exitus alors que l'examen clinique du patient pratiqué auparavant ne laissait rien suspecter d'anormal. Dans de tels cas, l'examen anatomo-pathologique, lui aussi, est incapable de prouver la mort cardiaque par arythmie puisqu'il s'agit de troubles fonctionnels au niveau de la membrane (cellulaire - note du trad.).

L'évolution clinique de la cure de sommeil de M. Alain URBAN ainsi que les organes de stase découverts à l'autopsie (oedème pulmonaire, stase hépatique, rénale, splénique et cérébrale) parlent nettement en faveur d'une cause cardiaque primitive, très probablement suite à des troubles du rythme au cours d'un traitement par les phénothiazines. C'est la raison pour laquelle il est très probable qu'une paralysie respiratoire centrale provoquée par l'effet potentialisateur connu de l'association de phénothiazines et de barbituriques ait joué un rôle. Un spasme glottique est également très peu probable, car ce trouble ne mène que très rarement à l'exitus. Par ailleurs, il ne pourrait être prouvé à l'autopsie.

7. Réponse résumée aux questions

- a) Dire si toutes les précautions ont été prises pendant la cure de sommeil d'Alain URBAN, compte tenu de son état subfébrile et de son passé médical.

Oui. "Toutes" ne peut pas signifier ici "toutes les précautions possibles" ou "toutes les précautions soutenables", mais "toutes les précautions habituelles indiquées et réalisables dans l'état actuel du malade". C'était une question d'appréciation de ne pas avoir pratiqué un électrocardiogramme chez le malade au coeur cliniquement sain. Si cet examen avait été pratiqué et avait donné des résultats anormaux, cela n'aurait probablement rien changé à l'issue fatale si l'on avait, par la suite, interrompu la cure de sommeil (voir plus loin sous 8). La cure de sommeil a été appliquée à l'aide de médicaments connus. Les doses adéquates ont été choisies, permettant, par intervalles réguliers, le réveil spontané ou provoqué du malade qui, de ce fait, pouvait accomplir les gestes habituels de la vie (se nourrir, boire, uriner, aller à selles, faire sa toilette).

Durant toute la cure de sommeil, la quantité de liquides absorbée, de même que celles des urines, était normale. 4 à 5 fois par jour, la tension artérielle, le pouls et la température étaient contrôlés; chaque écart par rapport à la norme était signalé aux médecins traitants et, par la suite, le patient était examiné. Les soins prodigués aussi bien par le personnel infirmier que par les médecins peuvent être qualifiés d'excellents. - Il n'y a pas non plus d'erreur dans le placement.

- b) Dire si le traitement appliqué a été conforme aux règles de l'art.

Oui. Il ne s'agissait pas d'une alternative thérapeutique, mais d'un traitement d'urgence d'une catatonie maligne. Les mesures particulières découlant de cette situation contraignante et durable sont décrits dans le texte de l'expertise.

- c) Dire s'il existe un lien de causalité entre une faute éventuelle et le décès d'Alain URBAN.

Non. Puisqu'on ne peut constater aucune faute professionnelle.

d) Formuler toutes observations utiles, compte tenu notamment des préoccupations qui résultent des questions proposées par Me DE DARDEL, conseil de Mlle HALLER.

Ces observations sont les suivantes :

1/ La mesure d'isolement en cellule était-elle justifiée dans son principe, sa durée, et ses modalités ?

Oui. Le dérangement des autres malades et du personnel infirmier occasionné par le patient surexcité et violent à l'encontre des objets et des personnes ne pouvait être supporté dans des limites acceptables. L'isolement a été interrompu selon les possibilités. Le transfert dans une chambre individuelle plus attrayante a été tenté, mais sans succès. Il n'existe pas de faute professionnelle ou d'erreur dans les soins.

2/ Le consentement d'Alain URBAN a-t-il été sollicité et obtenu avant la cure de sommeil ? Si oui, dans quelles circonstances ? Le Prof. TISSOT a-t-il notamment laissé le choix au patient entre la continuation de l'isolement et la cure de sommeil ?

Réponse à la première question : non, car il était apparemment incapable de discernement à ce sujet.

Réponse à la deuxième question : tombe.

Réponse à la troisième question : non. Il aurait été impossible, dans les conditions de l'époque, d'exiger de ce malade, incapable de discernement et en état d'excitation délirante, de "choisir" un isolement inhumain et peut-être dangereux en l'absence de toute sédation médicamenteuse. Par ailleurs, il n'existait aucune véritable alternative entre l'isolement et la cure de sommeil, respectivement la cure crépusculaire. Cette dernière, du fait de l'état d'excitation du malade, aurait, de toute façon, dû être pratiquée à l'isolement.

Réponse aux trois questions : il n'existe pas de faute professionnelle.

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

Oui, puisque des raisons majeures parlaient contre l'application d'une cure par électrochocs. Il n'existe pas de faute professionnelle.

4/ Dans quels lieux s'est déroulée la cure de sommeil (chambre normale, cellule d'isolement) ?

Aussi bien dans l'une que dans l'autre. Il n'existe ni faute professionnelle, ni erreur dans les soins.

5/ Un contrôle somatique complet du patient a-t-il été effectué avant la cure de sommeil ?

Non, si sous le terme de contrôle somatique complet on inclut l'enregistrement électrocardiographique. Oui, dans la mesure où un tel examen est inutile chez un patient au coeur cliniquement sain et où un ECG, comme dans le cas présent, ne contribue pas à une prise de décision. Ceci est également valable pour d'autres examens complémentaires possibles. Il n'existe pas de faute professionnelle quant aux décisions discrétionnaires prises.

6/ Avait-il été constaté auparavant que le patient toussait ?

Dans l'observation du malade, nous n'avons pas trouvé de remarque à ce sujet. Si des accès de toux avaient été observés et même si ce symptôme avait été de moyenne importance, ils n'auraient pas pu, dans une situation d'urgence, influencer la décision prise de calmer le malade à l'aide de médicaments adéquats. Il n'existe pas de faute professionnelle.

7/ Quels contrôles de l'état somatique du patient ont été effectués pendant la cure de sommeil ? Ces contrôles étaient-ils suffisants ? Sinon, quels contrôles supplémentaires étaient nécessaires ?

Réponse à la première question : mesures régulières de la température et de la pression artérielle, examens de laboratoire, examen de médecine interne et radiographie du thorax lors de l'apparition de températures subfébriles.

Réponse à la deuxième question : oui. On ne peut citer aucune investigation dont le résultat aurait pu mener à un changement salvateur ou apaisant de la thérapeutique.

Réponse à la troisième question : tombe.

Réponse aux trois questions : Il n'existe pas de faute professionnelle.

8/ Des constatations de l'état somatique du patient pendant la cure de sommeil ont-elles été faites, qui auraient dû conduire à l'interruption immédiate de la cure ?

Non. L'état fébrile et l'ascension des chiffres de la tension artérielle étaient limités dans le temps et se normalisèrent spontanément. Le décubitus débutant au talon était, en tant que tel, peu important et a été traité immédiatement. Il s'était constitué à la suite d'un état d'épuisement général et d'une diminution de la motricité involontaire pendant le sommeil, secondaire à la thérapeutique. C'est pour cette raison qu'il ne prouve pas l'existence de périodes de sommeil prolongé. Du point de vue de l'interniste, il n'existait aucun motif à l'interruption de la cure.

Un arrêt de la sédation par les neuroleptiques n'aurait probablement pas empêché le décès du patient. L'expérience de la période précédant l'emploi des neuroleptiques, et durant laquelle le taux de mortalité des cas de catatonie maligne était très élevé, est là pour le rappeler. Puisque le traitement par électrochocs moins éprouvant, vu l'insuccès antérieur et vu son impopularité, n'était pas indiqué, cela signifiait que la poursuite de la cure crépusculaire offrait, tout de même, une certaine chance. Il n'existe pas de faute professionnelle.

9/ Les médicaments prescrits pour la cure de sommeil étaient-ils compatibles qualitativement et quantitativement avec les normes reconnues d'une cure de sommeil ?

Oui. Puisque les dosages médicamenteux étaient adaptés et non fixes, il n'existe pas de faute professionnelle.

10/ L'absence d'une équipe médicale sachant utiliser un appareillage de réanimation a-t-elle joué un rôle dans la mort du patient ?

Nous ignorons si l'appareillage de réanimation de la clinique était adéquat ou insuffisant. Même dans ce dernier cas, notre réponse est non. Lors de la découverte du patient inanimé, l'état de mort irréversible s'était déjà installé bien auparavant. Du point de vue de la réanimation, il n'existe pas non plus de faute professionnelle.

11/ Quelles sont les causes de la mort d'Alain URBAN
L'évolution clinique et les résultats de l'autopsie permettent de conclure a posteriori que la mort a été causée par un trouble aigu du rythme cardiaque déclenché par les phénothiazines. Cette issue fatale n'est pas imputable à une faute professionnelle.

12/ Relever, à l'occasion de chaque réponse, si une erreur ou une faute médicale a été commise au regard des normes reconnues et admissibles en matière de cure de sommeil et de traitement psychiatrique.

Nous avons chaque fois répondu à cette demande par la phrase : "il n'existe pas de faute professionnelle".

Avec nos sentiments de parfaite considération.

Prof. K. ERNST
Médecin-chef,
directeur de la
Clinique psychia-
trique universi-
taire de Zurich.

Prof. P. FRICK
Directeur du
Département de
médecine interne
de l'hôpital can-
tonal universi-
taire de Zurich.

Prof. R. PREISI
Directeur de
l'Institut de
pharmacologie
clinique de
l'Université de
Berne.