

MAR - 5 1966

Sommaire

PREMIER CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU QUÉBEC *

FIRST ANNUAL CONVENTION OF THE QUEBEC PSYCHIATRIC ASSOCIATION

TABLE DES MATIÈRES	I
COMITÉS DU CONGRÈS	III
LISTE DES NOMS D'AUTEURS	IV

INTRODUCTION (J.-M. BORDELEAU)	87
ALLOCATION DU PRÉSIDENT (Camille LAURIN)	88

COLLABORATEURS :

- | | |
|--------------------|------------------|
| E. ADAMO | H. LANGEVIN |
| T. A. BAN | D. LAZURE |
| D. BÉDARD | J. H. LEE |
| L. BÉLIVEAU | H. E. LEHMANN |
| J. BERENSON | F. LÉONARD |
| M.-T. BONACCORSI | A. S. MacPHERSON |
| J.-M. BORDELEAU | P.-G. MARTEL |
| L. BRIEN | C.-A. MARTIN |
| S. M. CHOI | B.-S. MÉNARD |
| L. CIMON | A. E. MOLL |
| T. E. DANCEY | J. C. NEGRETE |
| G. da SILVA | R. C. PAYNE |
| J. DE AJURIAGUERRA | N. PLANTE |
| M. DONALD | V. RAKOFF |
| N. B. EPSTEIN | G. ROBERT |
| J.-N. FORTIN | C.-A. ROBERTS |
| Y. GAUTHIER | Y. ROULEAU |
| L. GERVAIS | P.-B. ROY |
| J.-Y. GOSSELIN | J. J. SIGAL |
| B. GRAD | G. SOBOLEWSKI |
| H. GRANTHAM | A. ST-JEAN |
| J. HACKETT | M. STRAKER |
| V. A. KRAL | L. TÉTREAUULT |
| | H. WARNES |

ANALYSES	227
REVUE DES LIVRES	230
NOUVELLES	235



* Tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

Recherche et réalisation entièrement Canadiennes

* PROVIODINE GEL

EN SERINGUE-APPLICATEUR UNISERVICE

Dans toutes les infections vaginales, spécifiques ou non-spécifiques

FONGICIDE • TRICHOMONACIDE • BACTÉRICIDE

Seringue-applicateur UNISERVICE (5 G.): Boîte de 12. Tube de 90 grammes (avec seringue).

* Marque ROUGIER de POVIDONE-IODE STABILISÉ (N.F. XII) Brevet Canadien No 684 559

Une fondation ROUGIER: l'Institut de Recherches Appliquées en Thérapeutique (IRAT)





le produit **ÉPROUVÉ** et sûr
qui provoque

**UN SOMMEIL NATUREL
AVEC RÉVEIL AGRÉABLE**

ACTION DOUCE, RAPIDE,
PROLONGÉE

PAS D'EFFETS SECONDAIRES

dans les

INSOMNIES DE TOUTES NATURES

1 ou 2 comprimés au coucher

poulenc LIMITÉE
8580 Esplanade, Montréal 11

<i>Directeur</i>	M. le professeur R. GINGRAS, <i>Doyen de la Faculté de médecine.</i>
<i>Rédacteur en chef</i>	M. le professeur Georges-A. BERGERON, <i>Professeur de Physiologie pratique.</i>
<i>Assistant-rédacteur</i>	M. le docteur Robert CARRIER, <i>Sous-secrétaire de la Faculté de médecine.</i>
<i>Secrétaires à la rédaction</i>	MM. les docteurs Guy LAMARCHE et Jean BEAUDOIN.
<i>Secrétaire-administrative</i>	Mlle J. BERGERON.

CONDITIONS DE PUBLICATION

Laval médical paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval* et ne publie, dans la section *Bulletin*, que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS

Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES

Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS

Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT

Le prix de l'abonnement est de dix dollars par année au Canada et de quinze dollars à l'étranger. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

Direction : FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL, QUÉBEC. (Tél.: 681-9611 - local 244)

bulletin de la société médicale des hôpitaux universitaires de laval

BUREAU DE DIRECTION

M. le docteur Renaud LEMIEUX, *président* ;
MM. les docteurs Rosaire GINGRAS, *vice-président* ;
Georges-A. BERGERON, *secrétaire* ;
Robert CARRIER.

COMITÉ SCIENTIFIQUE

M. le docteur Rosaire GINGRAS,
doyen de la Faculté de médecine ;
M. le docteur J.-B. JOBIN,
président du Collège des médecins de la province de Québec ;
M. le docteur Jean-Marc LESSARD,
président de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval ;
M. le docteur Pierre JOBIN,
directeur du Département d'anatomie ;
M. le docteur Fernando HUDON,
directeur du Département d'anesthésiologie ;
M. le docteur Louis BERLINGUET,
directeur du Département de biochimie ;
M. le docteur Wilfrid CARON,
directeur du Département de chirurgie ;
M. le docteur Renaud LEMIEUX,
directeur du Département de médecine ;
M. le docteur Léo GAUVREAU,
directeur du Département de microbiologie ;
M. le docteur Lucien LARUE,
directeur du Département de psychiatrie ;
M. le docteur René SIMARD,
directeur du Département d'obstétrique et gynécologie ;
M. le docteur Paul PAINCHAUD,
directeur du Département d'oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie ;
M. le docteur Carlton AUGER,
directeur du Département de pathologie ;
M. le docteur Donat LAPOINTE,
directeur du Département de pédiatrie ;
M. le docteur Corneil RADOUCO-THOMAS,
directeur du Département de pharmacologie ;
M. le docteur Claude FORTIER,
directeur du Département de physiologie ;
M. le docteur Henri LAPOINTE,
directeur du Département de radiologie ;
M. le docteur Jean-Marie DELÂGE,
vice-président de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval ;
M. le docteur Louis DIONNE,
*secrétaire général de la Société médicale
des Hôpitaux universitaires de Laval* ;
M. le docteur Georges-A. BERGERON,
*secrétaire correspondant
de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval* ;
M. le docteur Clément JEAN,
trésorier de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Laval.

Cette illustration (remontant à l'an 1400 A.D.) représente la fin d'un guerrier aztèque qui, après avoir lutté contre la crainte et la douleur, et accepté le risque de mourir, est finalement dévoré par le Dieu de la Mort... De nos jours, malgré le combat incessant mené contre la maladie, bien des humains doivent malheureusement encore accepter la souffrance et l'angoisse morale qui en résulte. Cependant, les recherches de plus en plus poussées de la médecine ont permis, depuis quelques années, la découverte de médicaments précieux pour combattre la douleur, l'anxiété, la dépression et les affections psychotiques.



[®] NOZINAN

**ANTI-PSYCHOTIQUE
TRANQUILLISANT
ANTALGIQUE
ANTI-DÉPRESSIF**

comprimés, gouttes, ampoules, suppositoires

pour renseignements détaillés sur
posologie, tolérance, effets secondaires, précautions,

DEMANDEZ NOTRE BROCHURE

poulenc LIMITÉE

8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

NOZINAN (marque de la lévomépromazine)

Recommandés après la MALADIE et/ou les INTERVENTIONS CHIRURGICALES
Préventifs dans les cas de SURMENAGE et FATIGUE
Minéraux et vitamines associés avec concentration de vitamine C à 150 et 500 mg

« 500 »
N° 222

VITALEX-C

« 150 »
N° 200

Chaque comprimé contient :

Thiamine (Mononitrate de thiamine).....	6 mg
Riboflavine.....	6 mg
Chlorhydrate de pyridoxine.....	1 mg
Niacinamide.....	30 mg
Vitamine B12.....	2 mcg
Acide d-pantothénique (Pantothénate de Calcium).....	10 mg
Levure de bière desséchée et foie frais concentrée.....	360 mg
Acide Ascorbique.....	150 ou 500 mg
Fumarate - Ferreux.....	25 mg

POSOLOGIE

Un comprimé par jour, ou plus selon l'avis de votre médecin.

PRÉSENTATION : 60 S. C. T.

Ce comprimé fourni plusieurs fois les besoins journaliers minimums des facteurs du Complexe B et de la Vitamine C.

Pour usage thérapeutique

Traitement efficace dans l'INSUFFISANCE HÉPATIQUE
Vipanchol ne provoque aucune DOULEUR ni RELÂCHEMENT des INTESTINS

S. C. T.

VIPANCHOL

N° 202

INDICATIONS

Ce comprimé contient une combinaison de digestifs, tous d'origine naturelle. Il est composé de telle sorte que la Pepsine sera libérée dans l'estomac ; et la pancréatine, les sels biliaires et ses dérivatifs au niveau du duodénum. Sa valeur sera reconnue dans les traitements suivants : indigestion, flatulence et autres conditions où une plus grande efficacité digestive sera voulue.

PRÉSENTATION

12 — 50 — 500 — 1 000

FORMULE

Chaque comprimé contient :

Pepsine N.F.....	200 mg
Pancréatine.....	200 mg
Sels Biliaires.....	100 mg
Acide Déhydrocholique.....	30 mg
Acide Desoxycholique.....	30 mg
Méthyl Bromure d'Homatropine.....	1 mg

POSOLOGIE

1 à 2 comprimés deux ou trois fois par jour après repas et/ou le soir au coucher.

USAGE : Insuffisance hépatique, constipation.

« MÉDICAMENTS
CONTRÔLÉS
ET APPROUVÉS »

COMPAGNIE PHARMACEUTIQUE VITALÉE

3062, DES QUATRE-BOURGEOIS, SAINTE-FOY

C. P. 154, SAINTE-FOY, QUÉBEC 10, P. Q., CANADA — TÉLÉPHONE : 656-6939

ÉTABLIE À QUÉBEC
POUR DESSERVIR
TOUTE LA RÉGION DE L'EST

Dans toutes les indications
de la pénicilline

Le suppositoire
EUCALYPTINE
PÉNICILLINE

Dosé à 200, 400 ou 600.000 U

actif, pratique, bien toléré,
associe à l'action antibiotique
l'action anti-infectieuse

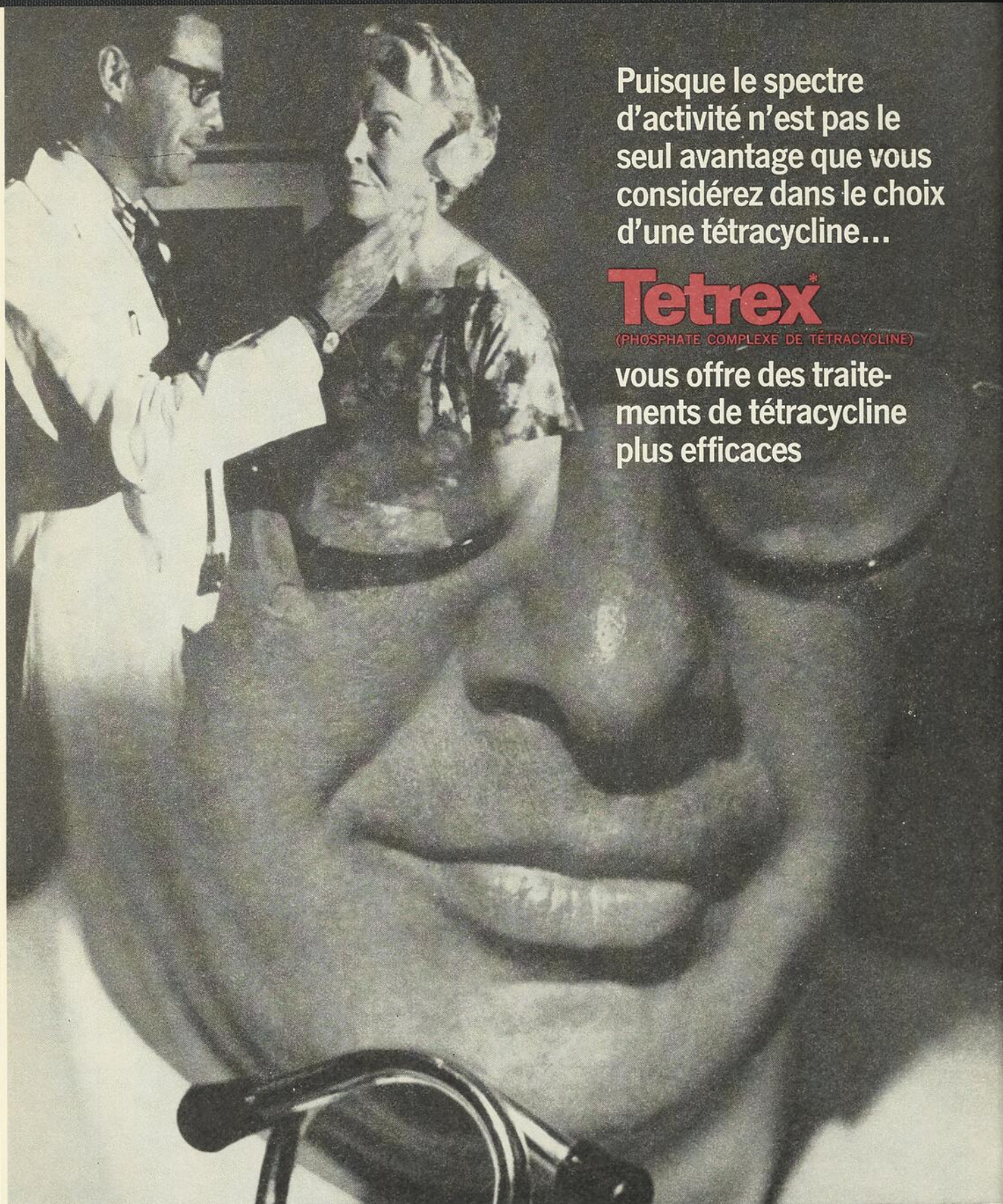
LABORATOIRES LE BRUN



WELCKER & CIE, LIMITÉE

1775, Edouard-Laurin, Montréal 9,

- Canada.



Puisque le spectre
d'activité n'est pas le
seul avantage que vous
considérez dans le choix
d'une tétracycline...

Tetrex*

(PHOSPHATE COMPLEXE DE TÉTRACYCLINE)

vous offre des traite-
ments de tétracycline
plus efficaces

Bibliographies: 1. P.A. Bunn et G.A. Cronk: *Antibiotic Med. & Clin. Ther.* 5:379 (juin) 1958. 2. *New and Nonofficial Drugs*, Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1963, p. 173. 3. B.A. Shidlovsky, *et al.*: *Antibiot. Ann.* 1957-58:459, 1958. 4. C.E. Roberts, Jr., *et al.*: *A.M.A. Arch. Int. Med.* 107:204 (févr.) 1961. 5. G.A. Cronk, D.E. Naumann et K. Casson: *Antibiot. Ann.* 1957-58: 397, 1958. 6. Editorial: *Antibiotics & Chemother.* 11:427 (juillet) 1961. Documentation sur demande.

BRISTOL

BRISTOL LABORATORIES
OF CANADA LIMITED *MARQUE DÉPOSÉE

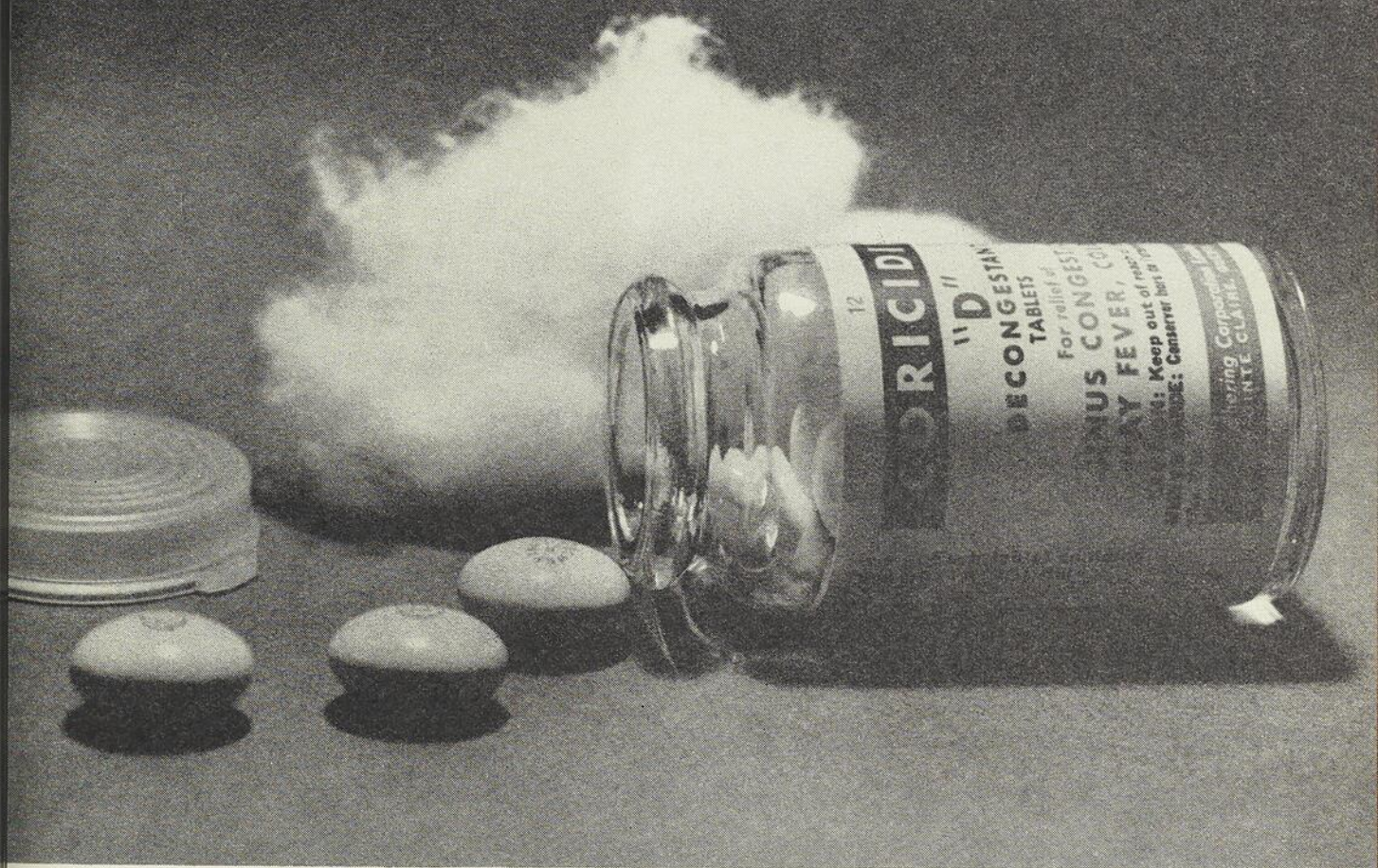
Tetrex—
l'antibiotique prescrit le plus fréquemment par les médecins canadiens

Absorption
plus rapide
que celle que
l'on obtient
avec la
tétracycline
HCl¹

Absorption
plus complète
que celle que
l'on obtient
avec la
tétracycline
HCl^{2,3}

Liaison
protéinique
moindre
que celle
de la
déméthylchlor-
tétracycline⁴

Tolérance
supérieure à
celle de
l'oxy-⁵ et
de la
déméthylchlor-
tétracycline⁶



Ce comprimé décongestif maintient qu'un rhume n'est pas aussi facile à traiter qu'on le prétend à la télévision

Les comprimés Coricidin "D" décongestionnent les muqueuses des voies respiratoires avec le meilleur des décongestifs (à noter: 10 mg de phényléphrine).

Cependant, les malaises du rhume sont loin d'être soulagés même si les voies respiratoires sont libérées.

C'est pourquoi Coricidin "D" contient aussi deux agents qui sont antipyré-

tiques et analgésiques. La fièvre moite est rapidement maîtrisée et les douleurs et malaises qui accompagnent le rhume chez les adultes sont rapidement soulagés.

C'est pourquoi nous ajoutons aussi 30 mg de caféine pour un surcroît d'énergie lorsque le moral baisse.

Et c'est pourquoi nous incorporons aussi 2 mg de Chlor-Tripolon, un an-

tihistaminique efficace contre la rhinorrhée, car il s'attaque à la cause même de la congestion nasale.

Connaissez-vous un autre produit qui puisse soulager aussi bien les symptômes du rhume chez vos malades ?

Coricidin "D"
soulagement complet
des symptômes du rhume

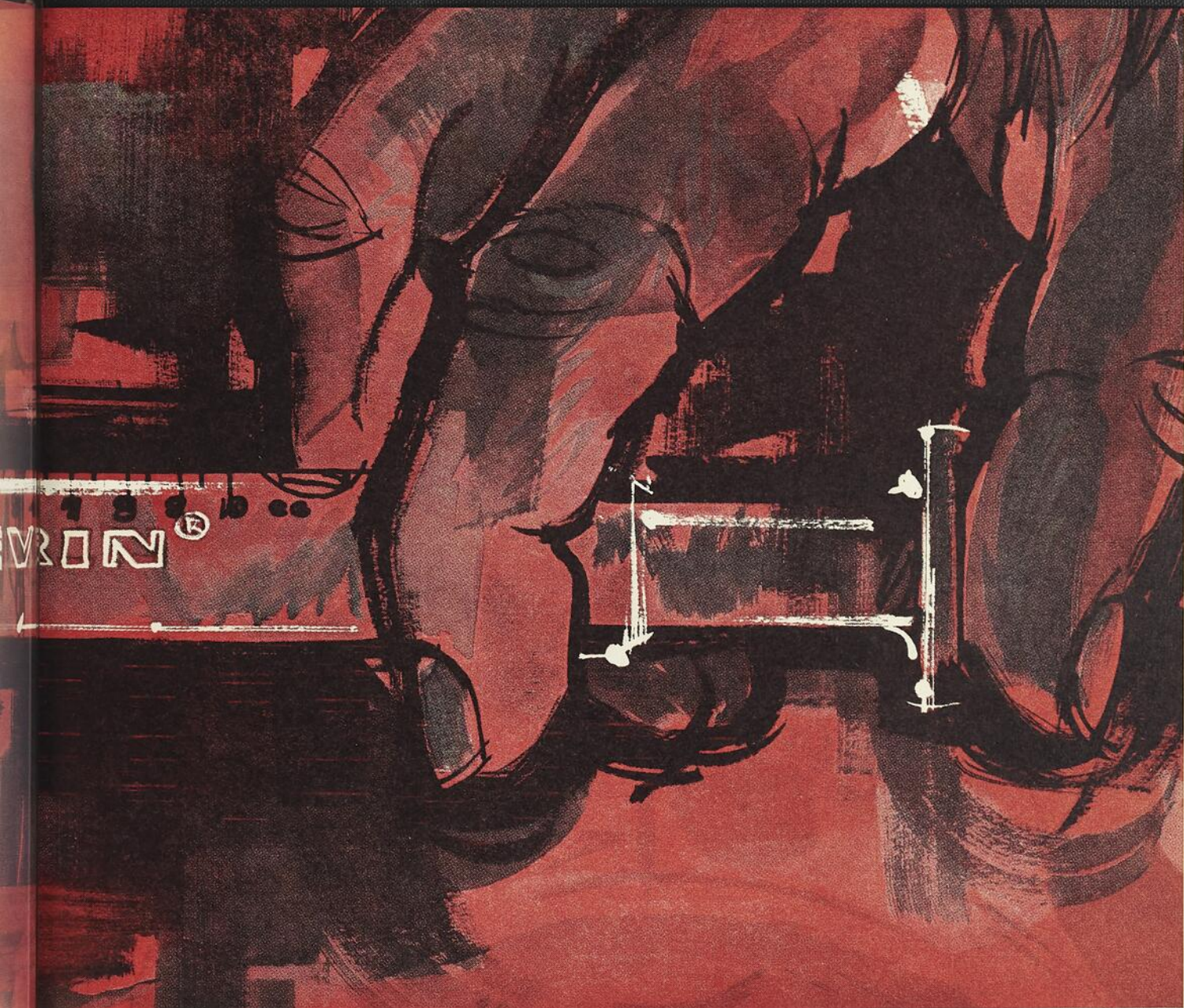


Pour tout rhume, à tout âge: Comprimés Coricidin, Coricidin avec Codéine, Coriforte® pour les rhumes sévères, Vaporisateur Nasal, Médilets pour enfants, Gouttes Pédiatriques, Mixture contre la Toux et Pastilles.



Les médecins qui auparavant réservaient **Reverin®** pour les cas critiques l'utilisent maintenant en premier lieu lorsqu'une antibiothérapie parentérale est indiquée □
Pourquoi?

REVERIN®— Un antibiotique à large spectre — semi-synthétique — de la famille des tétracyclines pour injection intra-veineuse directe en une minute. **Composition**: chaque flacon-ampoule contient 275 mg ou 110 mg de pyrrolidino-méthyl-tétracycline. **Posologie**: chez les adultes, la dose habituelle est une ampoule (275 mg de Reverin) par jour. Dans les cas d'une exceptionnelle gravité, des injections additionnelles peuvent être administrées à 12 ou 8 heures d'intervalles. Pédiatrique — 10 mg/kg poids corporel. Enfants de 3 ans et plus — La dose maximum normale est de 275 mg par jour. Nourrissons et enfants jusqu'à 3 ans — La dose maximum normale est de 110 mg par jour. Si dans des cas extrêmes, il est nécessaire d'augmenter la dose quotidienne au-dessus des limites normales, il est recommandé de l'administrer en 2 injections, à 12 heures d'intervalle. Les nourrissons et les jeunes enfants ne doivent pas recevoir plus de 110 mg en une seule injection. **Précaution**: la durée de l'injection ne doit pas être inférieure à 1 minute. Reverin intraveineux contient un sel de magnésium. Tout comme les ions de calcium, les ions de magnésium prolongent la durée de la conduction cardiaque. Pour cette raison, on recommande d'observer les précautions spéciales suivantes lorsque l'on traite des patients recevant de la digitale ou de la strophantine: 1. La durée de l'injection de Reverin doit être augmentée de 1 à 2 minutes. 2. Reverin et la strophantine ne doivent pas être injectés dans la même seringue. 3. On doit injecter la strophantine lentement avec une autre seringue, soit quelques minutes avant ou après l'injection de Reverin. **Effets secondaires**: une injection intraveineuse trop rapide (moins d'une minute) peut provoquer des étourdissements passagers, des bouffées de chaleur, des rougeurs de la figure et quelquefois même des états de collapsus. Ces réactions secondaires disparaissent rapidement lorsque l'injection est discontinuée. Pendant ou après l'injection, le patient peut éprouver des sensations gustatives ressemblant à l'éther. Ces sensations sont inoffensives et disparaissent rapidement. Lorsque l'on emploie Reverin pour traiter des infections causées par des germes particulièrement sensibles à la tétracycline, il se peut parfois qu'après les premières injections, il y ait apparition de frissons: ceux-ci ne ressemblent que très rarement à de véritables frissons fébriles (réaction de Herxheimer). Les réactions allergiques



Efficace sûr action rapide dosage
minime après 7 ans, Reverin® demeure
l'antibiotique parentéral par excellence

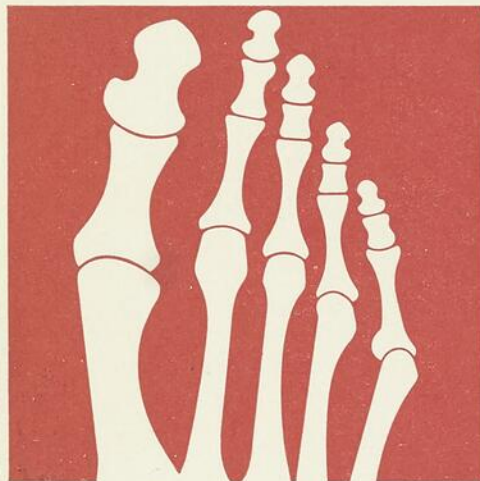


HOECHST
PHARMACEUTICALS
a division of Canadian Hoechst (1964) Limited

imposant l'abandon de Reverin sont très rares. En pareils cas, on recommande l'administration intraveineuse de préparations à base de calcium. Lorsque Reverin est injecté conjointement avec des quantités considérables de dérivés de la phénothiazine, il convient de se rappeler l'action de ces préparations sur la circulation. On injectera la solution très lentement (durant 2 à 3 minutes) et le patient devra être allongé. Dans de tels cas, on ne devra pas excéder la dose de 275 mg par jour. Etant donné que de très faibles quantités de Reverin sont excrétées dans l'intestin, le risque d'entérite est bien moindre qu'après l'administration orale d'antibiotiques à large spectre. **Avertissement:** en présence de troubles de la fonction rénale surtout, une dose quotidienne de deux grammes a été associée à des cas de décès causés par une défaillance hépatique. Lorsque le besoin d'un traitement intensif est plus important que la présence de ses dangers possibles (surtout durant la grossesse ou chez des individus qui présentent ou chez qui on soupçonne la présence de troubles hépatiques ou rénaux), il est recommandé d'effectuer des tests de fonction rénale et hépatique avant et durant le traitement. De plus, on devra noter les concentrations sériques de tétracycline. En présence de troubles de la fonction rénale, même les doses orales ou parentérales habituelles peuvent produire une accumulation systémique excessive et possiblement une toxicité du médicament. Jusqu'à date, on n'a pas rapporté de ces réactions contraires avec la pyrrolidino-méthyl-tétracycline (Reverin). Si le médicament doit être donné en doses excessives, tel que mentionné plus haut, on devra tenir compte de cette possibilité. Cependant, la dose thérapeutique quotidienne de Reverin i.v. n'est en moyenne que de 275 mg (une ampoule) et, même dans des infections aiguës, la dose maximum recommandée n'est que de 3 injections de 275 mg par 24 heures. Des doses dépassant cette quantité n'offrent aucun avantage thérapeutique. **Présentation:** boîtes de 1 et 25 flacons-ampoules (avec ampoules de 10 ml d'eau bi-distillée). Aussi disponible: Reverin Pédiatrique. Flacons contenant 110 mg de Reverin avec ampoules de 5 ml d'eau bi-distillée. **Remarques:** la concentration sanguine initiale exceptionnellement élevée fait de Reverin i.v. l'antibiotique "universel" de choix.

Succès mesurable dans l'arthrite et les troubles connexes

Butazolidine® Geigy



Arthrite Goutteuse Aiguë
Sur 623 patients traités à la Butazolidine®, 94% furent améliorés *



Syndrome de l'Épaule Douleuruse (Péri-arthrite)
Sur 402 patients traités à la Butazolidine®, 78% furent améliorés *



Ostéo-arthrite
Sur 1146 patients traités à la Butazolidine®, 78% furent améliorés *



Spondylite Ankylosante
Sur 374 patients traités à la Butazolidine®, 80% furent améliorés *



Thrombo-phlébite Superficielle Aiguë
Sur 1319 patients traités à la Butazolidine®, 94% furent améliorés *



Arthrite Rhumatoïde
Sur 1735 patients traités à la Butazolidine®, 64% furent améliorés *

* Estimé cumulatif du pourcentage de patients améliorés, tiré de nombreux rapports publiés.

Posologie:

La dose d'attaque recommandée est de 300 à 600 mg (3-6 dragées) par jour, fractionnée et prise avant ou après les repas ou avec un verre de lait. Une fois l'amélioration obtenue, ce qui se produit généralement en deux ou trois jours, il faut réduire promptement la posologie au minimum requis pour obtenir le soulagement. La dose d'entretien ne doit pas excéder 400 mg par jour à cause de la possibilité d'effets toxiques cumulatifs. Une posologie aussi faible que de 100 à 200 mg par jour produit souvent des résultats satisfaisants.

Contre-indications et Précautions à prendre:
La Butazolidine est contre-indiquée en présence d'oedème, de décompensation car-

diaque, ou chez les sujets dont l'anamnèse révèle un ulcère peptique ou une dyscrasie sanguine. Il faut être très prudent chez les patients qui ont des antécédents d'allergie médicamenteuse, d'hypertension ou d'atteinte rénale, cardiaque ou hépatique. On doit suivre de très près les patients âgés traités à la Butazolidine; chez les patients franchement séniles on l'omet complètement. L'emploi de la Butazolidine simultanément avec d'autres puissants agents chimiothérapeutiques n'est pas non plus recommandé.

La Butazolidine est un agent thérapeutique puissant et elle ne doit être donnée que sous une étroite surveillance médicale. Il faut faire des numérations globulaires complètes à intervalles hebdomadaires durant la phase initiale du traitement, et à intervalles de deux semaines par la suite. On doit avertir le patient de communiquer immédiatement avec

son médecin dès l'apparition de fièvre, d'un mal de gorge, de lésions buccales ou de méléna.

Butazolidine®, marque de phénylbutazone: dragées à 100 mg, coloration rouge.

Butazolidine® alka, pour les patients qui présentent de l'irritabilité gastrique: capsules de coloration orange et blanche, renfermant 100 mg de Butazolidine, 100 mg d'hydroxyde d'aluminium, 150 mg de trisilicate de magnésium et 1.25 mg de bromure de méthyle d'homatropine.

Documentation et guide thérapeutique complets procurables de votre Représentant Médical Geigy ou directement ici.



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal 9, Qué.

*Votre plaisir c'est de voyager,
le nôtre de vous faire bien voyager,
individuellement ou en groupe*

- préparation de l'itinéraire,
- obtention du passeport et des visas,
- réservations et billets d'autocars, avions, bateaux, chemins de fer,
- location d'automobile,
- service de guides,
- réservations d'hôtels,
- assurance pour vous et vos bagages.

NOUS NOUS OCCUPONS DE TOUT!

QUEBEC TRAVEL BUREAU, LTD.

18, rue Sainte-Anne, Québec, P.Q.

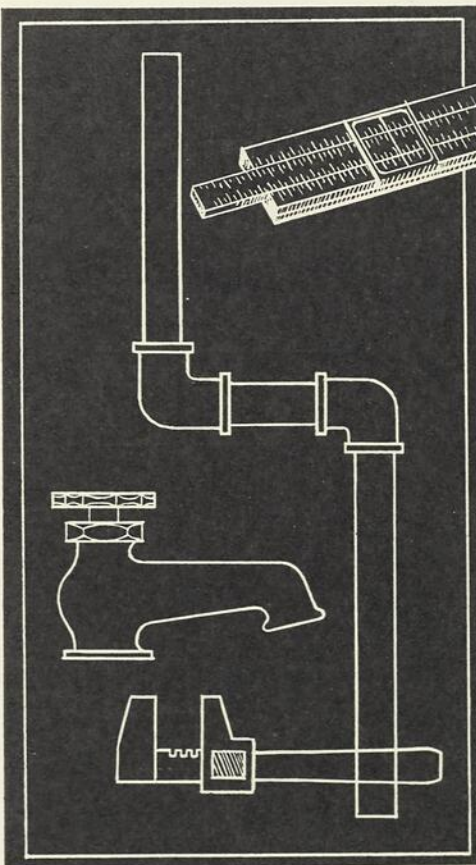
529-2547

sommaire

suite

ANALYSES

LE SCINTIGRAMME APRÈS TRANSPLANTATION RÉNALE CHEZ L'HOMME	227
L'ANÉVRISME INTRACRÂNIEN RUPTURÉ	227
L'EFFET DU BLOCAGE ADRENERGIQUE β SUR LE TREMBLEMENT PARKINSONNIEN	227
SUPPRESSION DES 17-HYDROXYCORTICOSTÉROÏDES PLASMATIQUES ET URINAIRES PAR UNE DOSE UNIQUE ET PAR DES DOSES FRACTIONNÉES DE TRIAMCINOLONE	228
FACTEURS INTESTINAUX DANS LE CONTRÔLE DE LA SÉCRÉTION D'INSULINE	228



Conçu pour un soulagement à double action de la constipation chronique

"KONDRÉMUL"
MARQUE DÉPOSÉE


- il pénètre les matières fécales et les amollit
- il lubrifie pour un passage plus facile sans entraîner de suintement.

Une émulsion d'huile minérale et de mousse d'Irlande, stable et remarquablement exquise.

POSOLOGIE—ADULTES—Une cuillerée à soupe au coucher et au lever; à mesure que l'état s'améliore, diminuer à une cuillerée à soupe au coucher.
ENFANTS—Une à deux cuillerées à thé au coucher suffisent habituellement.

"KONDRÉMUL" (étiquette bleue)	"KONDRÉMUL" à la Phénolphthaléine (étiquette rouge)	"KONDRÉMUL" au Cascara (étiquette verte)
---	---	---

Flacons de 8 et de 16 onces liquides.



PRODUITS PHARMACEUTIQUES DE QUALITÉ
Charles E. Frosst et Cie
MONTREAL CANADA
MAISON FONDÉE AU CANADA EN 1899



LA QUALITÉ

DOUBLEMENT VÉRIFIÉE

POUR *la pureté*
la fraîcheur
la richesse

LAIT
CRÈME
YOGHOURT
CRÈME GLACÉE

Laval

875, 4^e AVENUE, QUÉBEC 3.

TÉLÉPHONE : 529-9021

© NOBÉSINE

MÉDICATION
ANTIOBÈSE

Les capsules de Nobésine contiennent des petits granules à désintégration échelonnée.

DOSAGE DES INGRÉDIENTS PAR GÉLULE: (CAPSULE)

Sulfate de dextro-amphétamine	15 mg.	Sulfate d'atropine	0.3 mg.
Thyroïde	60 mg.	Phénobarbital	20 mg.

POSOLOGIE: Une gélule par jour. Prendre de bonne heure le matin de façon que la dernière désagrégation se fasse vers quatre heures de l'après-midi, évitant ainsi la possibilité d'insomnie. Pour adulte seulement.

PRÉSENTATION: Flacons de 30 et 250 gélules.

Une autre spécialité des LABORATOIRES NADEAU LIMITÉE

Antitussif composé de 3 ingrédients se potentialisant pour apporter le maximum d'activité sans effet secondaire.

FORMULE :

Chaque ml (15 gouttes) contient :

Phosphate de Codéine	4.5 mg
Hydrate de chloral	8.7 mg
Iode organique	1.5 mg

**DESBERGERS LTÉE**

8480, BOUL. SAINT-LAURENT - MONTRÉAL

**MILLET, ROUX & CIE. LTÉE****CENTRE D'ÉQUIPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL**

- SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES
- INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
- MOBILIER MÉDICAL ET CHIRURGICAL
- STÉRILISATEURS
- ÉLECTRO- ET PHYSIOTHÉRAPIE
- ÉLECTROCARDIOGRAPHES
- OXYGÉNOTHÉRAPIE
- APPAREILS ET ACCESSOIRES D'ANESTHÉSIE
- LAMPES ET LUMINAIRES
- INSTALLATION DE BUREAUX
- APPAREILS À PRESSION
- DIATHERMIE ET ULTRASONS
- ULTRA-VIOLETS ET INTRA-ROUGES
- SERINGUES - AIGUILLES - THERMOMÈTRES
- PANSEMENTS
- SUTURES ET LIGATURES

DÉPOSITAIRES ATTITRÉS DES PRODUITS SUIVANTS :

- AMES
- ASTRA
- BURROUGHS WELLCOME
- GEIGY
- HÈCHST
- MERCK, SHARP & DOHME
- MEAD-JOHNSON
- MERRELL
- SANDOZ
- SCHERING
- SMITH, KLINE & FRENCH
- INST. MICROBIOLOGIE, U. DE M.
- WARNER-CHILCOTT



BUREAU CHEF : 2323, montée SAINT-AUBIN, Chomedey,
Ville de Laval, P. Q.

MAGASIN À QUÉBEC : 1149, avenue CARTIER.
TÉL. : 522-1271

édical
1966

nervosité • fatigue • céphalée • troubles digestifs



*la
femme
nerveuse*

ET SES TROUBLES FONCTIONNELS

bellergal spacetabs

soulagement permanent en deux prises quotidiennes

La nature même du tableau clinique que présente la femme nerveuse constitue toute une tâche pour le médecin. Il doit, d'une part, soulager les symptômes physiques, et d'autre part, jouer le rôle d'un confident bienveillant qui rassure et aide la malade à prendre conscience de ses problèmes.

La femme nerveuse a généralement la trentaine ou la quarantaine et présente des symptômes dont l'origine n'est pas organique, mais qui sont la traduction somatique de conflits familiaux, de difficultés financières et des préoccupations qu'engendre "le désir d'arriver".

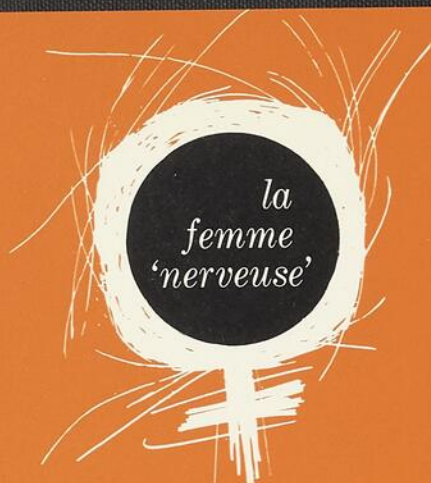
Le traitement de ce genre de malades est accaparant et le médecin doit disposer d'un médicament sans danger dont l'action atteint toute une gamme de symptômes variés tels que : nervosité, fatigue, céphalée, troubles digestifs, qui sont les symptômes dont se plaint le plus souvent la femme nerveuse.

POSOLOGIE :

- 1 spacetab de Bellergal le matin
- 1 spacetab de Bellergal le soir.

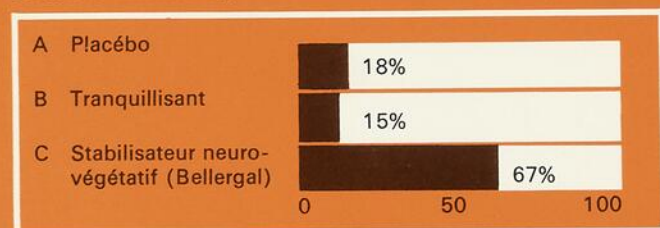


SANDOZ PHARMACEUTICALS, DORVAL, P.Q.



Les tranquillisants ne sont pas toujours efficaces pour enrayer tous les symptômes.

Gold¹ a observé au cours d'une étude doublement aveugle que si l'on administre successivement un tranquillisant, un placebo et un stabilisateur du système neurovégétatif, les symptômes fonctionnels périphériques sont mieux influencés par le stabilisateur neurovégétatif. Sur les 33 malades qui ont poursuivi le traitement jusqu'au bout, 22 ont accusé une amélioration plus marquée grâce au stabilisateur neurovégétatif.



Les sédatifs à action centrale seule, n'interviennent pas toujours de façon suffisante sur tous les symptômes.

Au cours d'une étude doublement aveugle, Bernstein et Simon² ont calculé que 78% de bons résultats ont été obtenus grâce aux spacetabs de Bellergal, alors que l'administration de spacetabs de phénobarbital n'a donné que 55% de bons résultats.

COMPARAISON DES RÉSULTATS EN POURCENTAGE			
	'Spacetabs' de Bellergal	'Spacetabs' de phénobarbital	'Spacetabs' de placebo
Excellents et bons	78%	55%	17%
Douteux ou nuls	22%	45%	83%
TOTAL	100%	100%	100%

Le Bellergal, en inhibant le système neurovégétatif permet d'enrayer les symptômes fonctionnels chez la FEMME NERVEUSE pour la raison suivante:



RENSEIGNEMENTS COMPLETS, SUR DEMANDE, OU DANS LE VADEMECUM INTERNATIONAL

le bellergal[®] influence favorablement un grand nombre de symptômes

Le Bellergal est le médicament idéal de la femme nerveuse car ;

Son action multiple atteint une gamme étendue de symptômes.

Le Bellergal agit sur les perturbations d'origine périphérique en soulageant de façon plus complète la nervosité, les céphalées, la fatigue, les troubles gastro-intestinaux.

Il est unique.

Le Bellergal est le seul médicament existant qui agisse sur tous les symptômes d'origine périphérique que présente la femme nerveuse.

C'est un médicament éprouvé et sans danger.

Depuis plus de 20 ans d'application clinique et d'après l'étude de 180 articles publiés à son sujet, le Bellergal n'a jamais provoqué d'effets secondaires graves.

Son action est rapide.

Des résultats immédiats tels que la diminution de la tension nerveuse et le soulagement des douleurs peuvent être obtenus.

Il ne masque pas de trouble organique.

La sédation centrale qu'il assure, n'est pas suffisante pour masquer des troubles organiques graves puisque son action est surtout périphérique et que les troubles que présente la femme nerveuse sont d'origine périphérique.

Il est pratique.

Un spacetab de Bellergal matin et soir assureront de façon permanente la diminution de la tension nerveuse et le soulagement des troubles fonctionnels. Les spacetabs ont une entaille qui les rend facilement sécables, permettant ainsi une mise au point exacte des doses, si nécessaire.

COMPOSITION	Spacetabs de Bellergal	Dragées de Bellergal
Tartrate d'ergotamine	0.6 mg	0.3 mg
Bellafoline [®]	0.2 mg	0.1 mg
Phénobarbital	40.0 mg	20.0 mg

POSOLOGIE

Spacetabs de Bellergal : 1 spacetab matin et soir.
 Dragées de Bellergal : (posologie moyenne) 1 comprimé 4 fois par jour. Dans les cas rebelles, selon les besoins individuels, jusqu'à 6 dragées par jour.

PRÉSENTATION

Spacetabs de Bellergal : flacons de 50 et de 250.
 Dragées de Bellergal : flacons de 100, de 500 et de 1000.

CONTRE-INDICATIONS: Troubles circulatoires périphériques avancés, maladies des artères coronaires, glaucome, grossesse.

Bibliographie

- Gold, H.: VI International Congress of Internal Medicine, Basle, Switzerland (1960).
- Bernstein, A. et Simon, F.: Angiology 9:197 (1958).



SANDOZ PHARMACEUTICALS, DORVAL, P.Q.

Pour le soulagement symptomatique de la douleur et des états fébriles de l'enfance



DYMADON

en suspension pédiatrique

Le Dymadon en suspension pédiatrique a été formulé spécialement pour présenter l'acétaminophène en suspension dans un liquide d'un goût agréable; il est un analgésique sans danger et facile à administrer aux bébés et aux jeunes enfants.

L'action analgésique et antipyrétique du Dymadon en suspension pédiatrique est particulièrement utile pour soulager la douleur et lutter contre les états fébriles de la première enfance. L'usage prolongé du Dymadon en suspension pédiatrique ne provoque aucune accoutumance. Cornely et Ritter* signalent que l'administration d'acétaminophène à 121 enfants a produit une réaction antipyrétique et analgésique sans faire apparaître d'effets secondaires.

Renseignements complémentaires sur demande.

FORMULE

5 ml contiennent 120 mg d'acétaminophène (N-acétyl-p-aminophénol).

POSOLOGIE

10-14 ans. 1 c. à café
5- 9 ans. ½ c. à café
2- 4 ans. ¼ c. à café
moins de 2 ans. selon les indications du médecin.
Répéter la dose toutes les 4 ou 6 heures, ou selon les indications du médecin.
Ne pas dépasser 4 cuillères à café par jour.

PRÉSENTATION: En flacon de polythène, 55 ml.

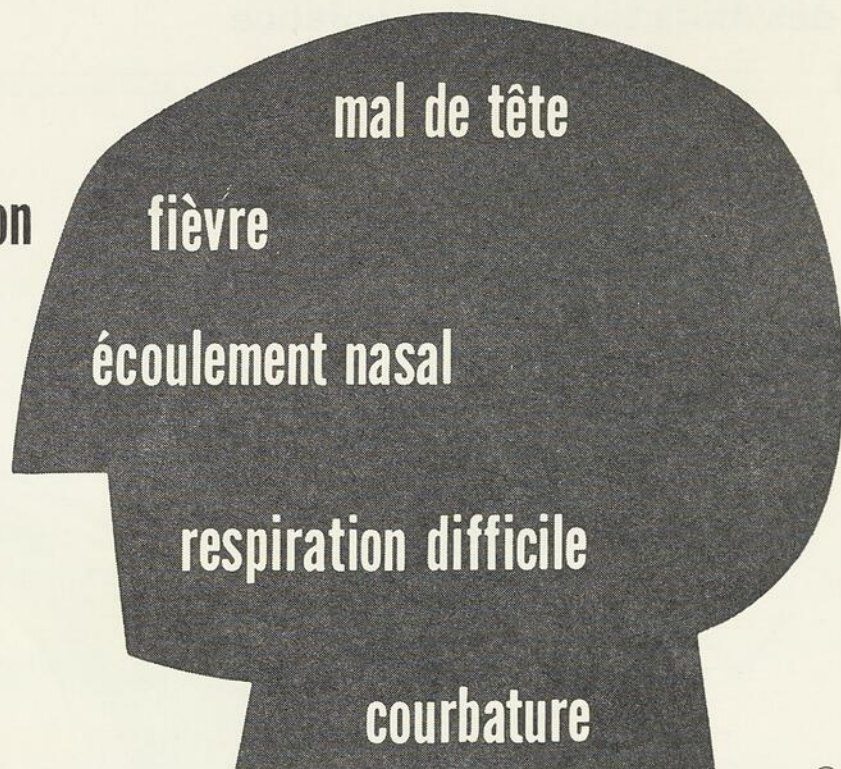
*Cf. Cornely, D.A.
Ritter, J.A. (1956) J.A.M.A. 160, 1219.

CALMIC



CALMIC LIMITED, Toronto, Canada.

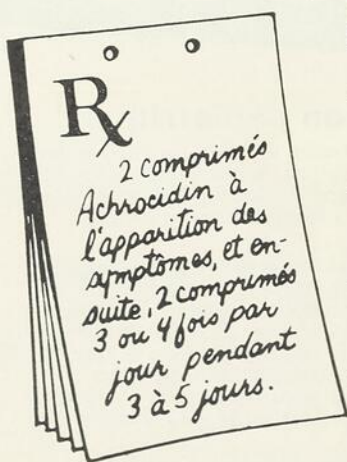
cinq symptômes
dont l'association
indique
généralement
une infection
des voies
respiratoires
supérieures



ACHROCIDIN[®]

Achrocidine, association Tétracycline-Antihistaminique-Analgésique Lederle

cinq ingrédients dont l'association
procure un soulagement symptomatique



- ... **Achromycin[®]**, Achromycine, tétracycline-HCl Lederle—protection à large spectre contre l'infection secondaire.
- ... **phénacétine** et **salicylamide**—action analgésique et antipyrétique pour soulager la douleur du mal de tête simple et de la névralgie.
- ... **caféine**—stimulant respiratoire pour soulager la respiration difficile et la dépression accompagnant le coryza.
- ... **citrate de chlorothen**—action antihistaminique pour soulager la sécrétion excessive de mucus et l'écoulement nasal.

Lederle

CYANAMID OF CANADA LIMITED, *Montréal*

la société médicale des hôpitaux universitaires de laval

Secrétariat : Faculté de médecine, Université Laval, Québec.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

- M. le professeur Raoul KOURILSKY, de Paris.
- M. le professeur Albert JENTZER, de Genève.
- M. le professeur Henry L. BOCKUS, de Philadelphie.
- M. le professeur Alexander BRUNSWIG, de New-York.
- M. le professeur Charles H. BEST, de Toronto.
- M. le professeur Jean MARCHE, de Paris.
- M. le professeur P. M. F. BISHOP, de Londres.

BUREAU

- Président : M. le professeur Jean-Marc LESSARD.
- Vice-président : M. le docteur Jean-Marie DELÂGE.
- Secrétaire général : M. le docteur Louis DIONNE.
- Secrétaire correspondant : M. le professeur Georges-A. BERGERON.
- Trésorier : M. le docteur Clément JEAN.
- Membres : MM. les professeurs Léo GAUVREAU et René SIMARD ;
MM. les docteurs Louis-Philippe ALLEN, F.-X. BRISSON, Claude BROUSSEAU, Jean-Paul DÉCHÊNE,
Paul-M. GAGNON, André LAPOINTE, Jean-Marie LOISELLE, Georges NORMAND et Guy SAUCIER.

MEMBRES

Tout le personnel médical de la Faculté de médecine et des Hôpitaux universitaires.

LAXATIF DOUX

(sans accoutumance)



1 à 2

comprimés par jour

CORONET DRUG COMPANY

260 Est Rachel, Montréal - Agent Général

ASADRINE

le seul comprimé EFFERVESCENT

d'acide acétylsalicylique (A. S. A.) avec 200 mg de vitamine C

3 RAISONS
DE
PRESCRIRE :

Acide acétylsalicylique.....	330 mg
Vitamine C.....	200 mg
Citrate de Sodium.....	2,65 gm
dans un milieu tamponné.	

1 SOLUBLE : absence de particules acides irritantes et salicylémie précoce

2 TAMPONNÉE pH = 5,8
Excellente tolérance digestive

3 VITAMINÉE C - 200 mg
Renforce la résistance aux agressions

1 à 8 comprimés d'ASADRINE par jour, dans 1/2 verre d'eau, donnent une solution gazeuse et agréable.

*ÉTATS GRIPPAUX et INFECTIEUX - CORYZA
ALGIES MUSCULAIRES, ARTICULAIRES, NERVEUSES
RHUMATISMES - CÉPHALÉES - MIGRAINES*

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LIMITÉE - MONTRÉAL

LABORATOIRE U P S A (NORMOGASTRYL), AGEN - FRANCE



Une aiguille dans un tas de foin? pas avec le système de coordination TERMATREX

La corrélation des différentes données médicales est souvent aussi insaisissable que la fameuse aiguille — mais aujourd'hui, grâce au système Termatrex, l'information recherchée est au bout de vos doigts.

La pathologie chirurgicale, l'autopsie, la cytologie et l'étude des tissus . . . toutes ces sciences amènent la formation de dossiers et l'accumulation de données. Le système de coordination Termatrex permet l'utilisation efficace de ces données, chose impossible avec les méthodes ordinaires.

Nous vous invitons à nous téléphoner: votre représentant Canlab se fera un plaisir de vous démontrer la simplicité et la rapidité du système Termatrex et vous découvrirez ce qu'il peut faire pour vous.



CANADIAN LABORATORY SUPPLIES LIMITED
Montreal • Ottawa • Toronto • Winnipeg • Edmonton • Vancouver



1952-1964 - Pas d'atteinte rénale - Pas de mou-
chetage des dents - Pas d'atteinte hépatique
- Pas de dépression de la moelle osseuse - Pas
de dyscrasie sanguine - Pas de neurotoxicité -
Pas de photosensibilité. **ERYTHROCINE***
(ERYTHROMYCINE, ABBOTT)
Pour 8 sur 10 des infections bactériennes ren-
contrées dans la pratique journalière, vous
ne pouvez prescrire un antibiotique plus sûr
plus efficace.

PRÉCAUTIONS: Les effets secondaires sont rares. Si un malade manifestait des signes de sensibilité, il faudrait appliquer des contre-mesures (e.g., épinéphrine, stéroïdes, etc.) et discontinuer la médication. **DOSE:** La dose usuelle est de 250 mg q.i.d. La dose pour enfants doit être basée sur le poids corporel.



*Nom déposé



LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE Halifax • Montréal • Toronto • Winnipeg • Vancouver

407X-74

Lavalmédical

VOLUME 37

NUMÉRO 2

FÉVRIER 1966

TABLE DES MATIÈRES

<i>TABLE DES MATIÈRES — CONTENTS</i>	I
<i>COMITÉS DU CONGRÈS — CONVENTION COMMITTEES</i>	III
<i>LISTE DES NOMS D'AUTEURS — INDEX OF AUTHORS' NAMES</i>	IV

<i>INTRODUCTION</i> (J.-M. Bordeleau)	87
<i>ALLOCUTION DU PRÉSIDENT — ALLOCUTION BY THE PRESIDENT</i> (Camille Laurin)	88

COMMUNICATIONS

Dominique BÉDARD et Denis LAZURE: LES RÉALISATIONS PRÉSENTES ET LES PERSPECTIVES D'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC	90
C. A. ROBERTS: CARREFOURS DE LA PSYCHIATRIE	98
J. DE AJURIAGUERRA: MODE D'ABORD DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE ET DE LA PSYCHIATRIE DU VIEILLARD — PROBLÈMES MÉTHODOLOGIQUES	103
YVES ROULEAU et Jean-Yves GOSSELIN: ÉTUDE PRÉLIMINAIRE DE L'ESSAI CLINIQUE DE LA PROPÉRICIASINE (8909 R. P.) DANS L'ANXIÉTÉ	107
A. E. MOLL: MYTHS IN GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY	110
Yvon GAUTHIER: UN SERVICE DE CONSULTATION EN MILIEU PÉDIATRIQUE: CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DES RÉACTIONS DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	114
S. M. CHOI, T. A. BAN, H. E. LEHMANN and Evelyn ADAMO: CONDITIONAL REFLEX STUDIES ON THE EFFECT OF PSYCHOACTIVE DRUGS IN SCHIZOPHRENICS	122
B. GRAD, V. A. KRAL, R. C. PAYNE and J. BERENSON: ADRENAL CORTICAL FUNCTION IN THE PSYCHOSES OF LATER LIFE	126
J.-M. BORDELEAU, L. TÉTREAU, Pierre-G. MARTEL et Louis BRIEN: HYSTÉRECTOMIE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES	135

H. WARNES, H. E. LEHMANN, T. A. BAN and J. H. LEE: BUTAPERAZINE AND HALOPERIDOL: A COMPARATIVE TRIAL OF TWO ANTIPSYCHOTIC DRUGS	143
N. B. EPSTEIN, J. J. SIGAL and V. RAKOFF: SOME ISSUES IN FAMILY THERAPY	146
Normand PLANTE et Gérard ROBERT: LA REMOTIVATION, AUXILIAIRE THÉRAPEUTIQUE	151
Marie-Thérèse BONACCORSI: LE TRAITEMENT À LONG TERME D'UN ENFANT PSYCHOTIQUE DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE	156
J. C. NEGRETE, A. S. MacPHERSON and T. E. DANCEY: A COMPARATIVE STUDY ON THE EMOTIONAL AND SOCIAL PROBLEMS OF ACTIVE AND ARRESTED ALCOHOLICS	162
Jean-N. FORTIN: VICISSITUDES DE L'INSULARITÉ: OBSERVATIONS SOCIO-PSYCHIATRIQUES SUR LA POPULATION DES ÎLES DE LA MADELINE. ESSAI EN PSYCHIATRIE SOCIALE. RAPPORT PRÉLIMINAIRE	168
C.-A. MARTIN et Harry GRANTHAM: ÉTUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN CAS DE PSEUDO-HERMAPHRODISME MÂLE	175
Laurent GERVAIS, Paul-B. ROY et Lionel BÉLIVEAU: LA RÉSISTANCE PASSIVE CHEZ LE PERSONNEL AU COURS DE LA RÉORGANISATION D'UN HÔPITAL À SÉCURITÉ MAXIMALE	179
Jean-Yves GOSSELIN et Georges SOBOLEWSKI: APPROCHE PRÉLIMINAIRE À L'ÉTUDE DE LA POLARISATION CELLULAIRE: EXCITABILITÉ NEURO-MUSCULAIRE ET QUELQUES FONCTIONS ORGANIQUES	186
Manuel STRAKER: PLACEBO AND COMMON SENSE IN CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	194
Guy da SILVA: CONSIDÉRATIONS SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA PSYCHOTHÉRAPIE DES PERSONNES ÂGÉES	199
André St-JEAN, M. DONALD, H. E. LEHMANN et T. A. BAN: MODIFICATIONS PRODUITES SUR UNE BATTERIE DE TESTS PSYCHOPHYSIQUES À LA SUITE D'ADMINISTRATION DE PSYCHOTROPES: UN ESSAI D'INTERPRÉTATION	208
Hébert LANGEVIN, Jean-N. FORTIN, Fernand LÉONARD et Bernard-S. MÉNARD: TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE À DOMICILE: EXPÉRIENCE DE TROIS ANNÉES (1962-1964)	213
John D. HACKETT and Louise CIMON: ART AND THERAPY	223
<i>(La communication du docteur Bruno-M. Cormier: « La psychiatrie légale, perspective nouvelle », sera publiée ultérieurement.)</i>	

143
146
151
156

COMITÉS DU CONGRÈS — *CONVENTION COMMITTEES*

Docteur Jules LAMBERT,
Président du Congrès — Chairman of the Convention

166

COMITÉ D'ORGANISATION — *ORGANIZING COMMITTEE*

176

DOCTEURS — *DOCTORS*

Jules LAMBERT,
président — Chairman

179

C.-A. MARTIN,
vice-président — Vice-Chairman

186

Normand PLANTE,
Secrétaire-trésorier — Secretary-Treasurer

194

Jean-Marc BORDELEAU, Maurice COULOMBE, Marcel BOUCHARD

199

COMITÉ DU PROGRAMME — *PROGRAMME COMMITTEE*

208

DOCTEURS — *DOCTORS*

Jules LAMBERT, R. A. CLEGHORN, Jean-Marc BORDELEAU, Jean DELÂGE

213

PRÉSIDENTS DES SÉANCES — *CHAIRMEN OF SESSIONS*

223

DOCTEURS — *DOCTORS*

C.-A. MARTIN, Lucien PANACCIO, Camille LAURIN, A. E. MOLL

223

COMITÉ DES DAMES — *LADIES COMMITTEE*

Madame C.-A. MARTIN, Madame Jules LAMBERT, Madame Jean DELÂGE,
Madame Normand PLANTE, Madame Louis BOURGOIN

LISTE DES NOMS D'AUTEURS — INDEX OF AUTHORS' NAMES

- ADAMO, Dr. Evelyn F., Douglas Hospital, Montréal.
 BAN, Dr. T. A., Douglas Hospital, Montréal.
 BÉDARD, Dr. Dominique, directeur, Division des Services psychiatriques, Hôtel du Gouvernement, Québec.
 BÉLIVEAU, Dr. Lionel, Hôpital psychiatrique de Bordeaux, Montréal.
 BERENSON, Dr. J., Allan Memorial Institute, Montréal.
 BONACCORSI, Dr. M.-Thérèse, Hôpital Mont-Providence, Montréal.
 BORDELEAU, Dr. J.-M., Institut Albert-Prévost, Montréal.
 BRIEN, Dr. Louis, Institut Albert-Prévost, Montréal.
 CHOI, Dr. S. M., Douglas Hospital, Montréal.
 CIMON, Miss Louise, Art Therapist, St. Mary's Hospital, Montréal.
 DANCEY, Dr. T. E., Queen Mary Veterans' Hospital, Montréal.
 da SILVA, Dr. Guy, Institut Albert-Prévost, Montréal.
 DE AJURIAGUERRA, Dr. J., Clinique Bel-Air, Genève, Suisse.
 DONALD, M. M., Hôpital des Laurentides, L'Annonciation.
 EPSTEIN, Dr. Nathan B., Jewish General Hospital, Montréal.
 FORTIN, Dr. J.-N., Hôpital Notre-Dame, Montréal.
 GAUTHIER, Dr. Yvon, Hôpital Sainte-Justine, Montréal.
 GERVAIS, Dr. Laurent, Hôpital psychiatrique de Bordeaux, Montréal.
 GOSSELIN, Dr. Jean-Yves, 837, avenue Bellevue, Québec 10.
 GRAD, Dr. B., Allan Memorial Institute, Montréal.
 GRANTHAM, Dr. Harry, Clinique Roy-Rousseau, Québec.
 HACKETT, Dr. John D., 3538, Grey Avenue, Montréal.
 KRAL, Dr. V. A., Allan Memorial Institute, Montréal.
 LANGEVIN, Dr. Hébert, Hôpital Notre-Dame, Montréal.
 LAZURE, Dr. Denis, directeur-adjoint, Division des Services psychiatriques, Hôtel du Gouvernement, Québec.
 LEE, Dr. J. H., Douglas Hospital, Montréal.
 LEHMANN, Dr. H. E., Douglas Hospital, Montréal.
 LÉONARD, Dr. Fernand, Hôpital Notre-Dame, Montréal.
 MacPHERSON, Dr. A. S., Queen Mary Veterans' Hospital, Montréal.
 MARTEL, Dr. Pierre-G., Hôpital Saint-Charles, Joliette.
 MARTIN, Dr. C.-A., Clinique Roy-Rousseau, Québec.
 MÉNARD, Dr. Bernard-S., Hôpital Notre-Dame, Montréal.
 MOLL, Dr. A. E., Montreal General Hospital.
 NEGRETE, Dr. J. C., Queen Mary Veterans' Hospital, Montréal.
 PAYNE, Dr. R. C., Allan Memorial Institute, Montréal.
 PLANTE, Dr. Normand, Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec.
 RAKOFF, Dr. V., Jewish General Hospital, Montréal.
 ROBERT, Dr. Gérard, Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec.
 ROBERTS, Dr. C. A., Toronto Psychiatric Hospital.
 ROULEAU, Dr. Yves, 1227, William, Sillery, Qué.
 ROY, Dr. Paul-Bernard, Hôpital psychiatrique de Bordeaux, Montréal.
 SIGAL, Dr. J. J., Jewish General Hospital, Montréal.
 SOBOLEWSKI, Dr. Georges, Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec.
 ST-JEAN, Dr. André, Hôpital des Laurentides, L'Annonciation.
 STRAKER, Dr. Manuel, Suite 660, 3550, côte des Neiges, Montréal.
 TÉTREAULT, Dr. Léon, 11270, Saint-Réal, Montréal.
 WARNES, Dr. Hector, Douglas Hospital, Montréal.
- Les conférenciers invités étaient :**
Guest speakers were :
- le professeur J. DE AJURIAGUERRA
 le docteur Dominique BÉDARD
 Doctor A. C. ROBERTS

INTRODUCTION

Depuis sa fondation, l'Association des psychiatres du Québec a tenu chaque année une assemblée générale qui durait une demi-journée ou une journée, également divisée en séance administrative et en réunion scientifique. En 1964, nous avons convoqué à Québec, au mois de mars, une réunion spéciale pour présenter le rapport du Comité d'économie et l'adoption finale du rapport eut lieu en mai, lors de l'assemblée générale annuelle. L'importance du sujet obligea le Conseil d'administration à supprimer à contre-cœur la partie scientifique de notre ordre du jour avec l'entente qu'il ne s'agissait là que d'une mesure d'exception.

En 1964-1965, le nombre des membres de l'Association des psychiatres du Québec a atteint le chiffre de 181 et le Conseil d'administration a jugé que nous avions acquis une maturité suffisante pour organiser un premier congrès au cours duquel seraient portés à l'attention des membres les principaux travaux scientifiques faits dans les nombreux centres psychiatriques de la Province de Québec. Le choix de la ville de Québec comme siège du Congrès fut unanime et l'organisation de la réunion commença dès l'automne 1964. Je tiens à remercier chaleureusement le docteur Jules Lambert, président du Comité d'organisation, et ses collaborateurs à ce Comité ainsi que les membres du Comité du programme et du Comité des dames. Le dévouement et la collaboration de toutes et de tous ont permis que ce premier Congrès annuel soit une réussite à tous les points de vue. Nous devons aussi remercier nos invités, le docteur C. A. Roberts, président de l'Association des psychiatres du Canada et membre honoraire de l'Association des psychiatres du Québec ainsi que le professeur J. De Ajuriaguerra qui a accepté de participer à notre congrès à l'occasion de sa visite organisée par les Services psychiatriques du ministère de la santé de la Province de Québec, sous la direction du docteur Dominique Bédard. Nous remercions également le ministère de la santé de la Province de Québec et les compagnies pharmaceutiques qui nous ont aidés financièrement à organiser cette réunion.

Nous avons accepté avec plaisir l'invitation que nous faisait le docteur Rosaire Gingras, doyen de la Faculté de médecine de Laval et directeur du *Laval médical*, de publier le compte-rendu de nos assises comme numéro spécial du *Laval médical*.

La qualité des travaux présentés, encore plus évidente dans un texte imprimé, peut nous permettre de constater la vitalité de la psychiatrie dans le Québec et les promesses d'avenir qu'elle porte en elle à cette période de notre évolution.

Jean-Marc BORDELEAU, *secrétaire*.



ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

L'Association de psychiatrie de la Province de Québec, *Province of Québec Psychiatric Association*, a été créée en 1953. Ses effectifs augmentèrent rapidement et, au départ, l'Association fit montre d'un grand dynamisme. Elle réussit particulièrement à aiguïser la conscience professionnelle de ses membres, fit entendre la voix de la psychiatrie au sein des grandes associations médicales, s'intéressa à l'aspect psychiatrique de plusieurs problèmes sociaux et politiques, proposa des modifications au curriculum des étudiants en médecine et au programme de formation des spécialistes en psychiatrie et joua un rôle important dans la préparation du renouveau de la psychiatrie au Québec.

En 1962, l'Association s'incorporait sous la loi des syndicats professionnels et prenait le nom de l'Association des psychiatres du Québec, *Québec Psychiatric Association*. Elle obtenait ainsi le droit de représenter officiellement ses membres auprès des organismes gouvernementaux, hospitaliers, médicaux ou privés, en même temps qu'elle acquérait les moyens de mieux défendre ou promouvoir leurs intérêts académiques et professionnels.

L'Association s'est depuis acquittée au mieux de ces nouvelles responsabilités. Elle a défini la psychothérapie comme un acte médical et a soutenu *urbi et orbi* que sa pratique ne peut être autorisée que sous contrôle médical. Elle a codifié les actes médicaux psychiatriques et établi son échelle de tarifs. Elle a proposé à la Division des Services psychiatriques du ministère de la santé de la Province de Québec une échelle de salaires pour les médecins subventionnés. Elle a défini les principes d'économie médicale qui doivent régir l'activité professionnelle de ses membres et veille à ce que ces principes soient partout respectés. Elle a étudié le rapport et les recommandations de la Commission Hall et a fait parvenir ses représentations aux organismes concernés. Elle a étudié le projet de code d'éthique que prépare actuellement le Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec et a soumis au Collège ses critiques, commentaires et suggestions. Elle a fait pression avec succès auprès du Collège pour que l'année de stage en médecine interne ne soit plus exigée pour l'éligibilité aux examens de certification en psychiatrie. Elle a poussé à la formation d'une Fédération des Associations de spécialistes et en constitue un membre actif et puissant. Elle étudie le problème de l'uniformisation des conditions de travail des psychiatres dans les organismes ou institutions où ils pratiquent et elle travaille actuellement à la préparation d'un contrat-type. Elle suit enfin de près la législation qui concerne les règlements des bureaux médicaux et l'instauration prochaine d'un plan d'assurance-santé.

Ces préoccupations n'ont pas empêché l'Association de s'intéresser à la promotion du savoir proprement psychiatrique. Elle délègue trois de ses membres au bureau des directeurs de l'Association des psychiatres du Canada, participe aux

travaux de ses comités et au programme scientifique de ses congrès. Elle a toujours tenu, par ailleurs, ses propres journées scientifiques annuelles.

Le moment est cependant venu de faire davantage. Un nombre toujours plus élevé de psychiatres est à l'œuvre dans des Services de plus en plus nombreux et de mieux en mieux organisés. Le travail clinique s'approfondit en même temps que se perfectionnent les programmes d'enseignement. Les sous-spécialités de la psychiatrie se développent en même temps que se multiplient les équipes de recherche. Le dynamisme de ces cliniciens, professeurs et chercheurs se traduit par une augmentation du nombre des communications scientifiques. C'est pour stimuler davantage encore ce mouvement, lui fournir un débouché naturel et le faire connaître au milieu médical dans son entier que l'Association a cru bon d'organiser ce premier congrès annuel de trois jours, qui devrait inaugurer une tradition dont il y a beaucoup à attendre.

La psychiatrie québécoise est en plein essor. Elle s'est donné des structures économique-administratives à la fois souples et solides. Ses formules d'assistance évoluent au rythme du progrès de la science et des besoins des diverses catégories de malades. Soins cliniques, enseignement et recherche se développent en qualité et en quantité, se prêtant un appui réciproque. L'instauration prochaine d'un programme universel d'assurance-santé constitue pour elle un défi, qu'elle saura relever en devenant toujours plus consciente de ses responsabilités sociales et professionnelles.

L'Association des psychiatres du Québec a voulu ce progrès. Elle y a travaillé. Elle en constitue l'aiguillon et le fer de lance. C'est là une mission qu'elle continuera de remplir avec honneur et fierté.

Camille LAURIN, *président.*

**LES RÉALISATIONS PRÉSENTES ET LES PERSPECTIVES
D'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC ***

Dominique BÉDARD, M. D., directeur,
Denis LAZURE, M. D., directeur-adjoint.

LES SERVICES PSYCHIATRIQUES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
QUÉBEC

La Division des Services psychiatriques du ministère de la Santé s'est surtout appliquée, au cours de 1964, à parfaire les réalisations de l'année précédente plutôt qu'à étendre les ressources d'assistance. Car, malgré un recrutement très encourageant, le problème majeur réside toujours dans le manque de spécialistes, et ce sont surtout les régions autres que celles de Montréal et de Québec qui souffrent le plus de cette situation.

Par ailleurs, cette revue des réalisations de 1964, pour être aussi compréhensible au lecteur, doit s'inscrire dans le cadre du rapport annuel de 1962 et de 1963. C'est en effet au cours de ces années que les Services psychiatriques ont mis sur pied et exécuté un vaste programme de réformes dont la principale signification réside dans une rupture avec la situation antérieure.

Cette revue ne peut être exhaustive. Nous nous en excusons auprès des institutions dont le mérite sera ainsi passé sous silence. Nous formulons le vœu de pouvoir présenter à l'avenir des rapports n'ayant pas ce sérieux inconvénient.

C'est à la fin de 1964 que le docteur C. A. Roberts quittait les Services psychiatriques pour exercer de hautes fonctions dans la province d'Ontario. Le docteur Roberts a, en effet, été nommé directeur

* Travail présenté au premier congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

général au *C. K. Clarke Institute of Psychiatry*, en plus de se voir confier un poste important dans l'enseignement à l'université de Toronto. Le rôle que le docteur Roberts a joué dans le domaine de la psychiatrie au Québec a été essentiel. Nous tenons à lui rendre témoignage.

PERSONNEL DES SERVICES PSYCHIATRIQUES

Le personnel des Services psychiatriques s'est accru considérablement en l'espace de deux ans (tableau I).

TABLEAU I

*Personnel des Services psychiatriques
du ministère de la Santé au 31 décembre*

	1962	1964
Psychiatres.....	0	3
Médecins non-psychiatres.....	1	2
Infirmière psychiatrique.....	0	1
Comptables.....	0	5
Secrétaires et sténographes.....	1	7
Commis principaux.....	0	4
Commis.....	6	7
	8	29

FINANCEMENT DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Le rapport de 1963 fait état des changements qui ont été apportés au mode de financement des hôpitaux psychiatriques. Il a d'ailleurs mis en lumière l'augmentation considérable des crédits que le gouvernement du Québec consacre à la Division des Services psychiatriques pour lui permettre de réaliser son programme. Il convient,

croions-nous, de reprendre les tableaux comparatifs figurant dans ce rapport, en y ajoutant les chiffres de l'année fiscale 1964-1965 (tableaux II et III).

TABLEAU II

Budget des Services psychiatriques
du ministère de la Santé

1956-1957.....	\$11 842 000
1957-1958.....	\$11 854 000
1958-1959.....	\$14 910 000
1959-1960.....	\$16 350 000
1960-1961.....	\$16 980 000
1961-1962.....	\$18 190 000
1962-1963.....	\$13 594 000
1963-1964.....	\$29 572 100
1964-1965.....	\$39 190 500

TABLEAU III

Taux quotidien du coût d'hospitalisation
dans les principaux hôpitaux psychiatriques

	1951	1962	1963	1964
Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.....	\$2,75	\$3,75	\$4,85	\$5,37
Hôpital Saint-Michel-Archange.....	2,75	3,75	4,47	4,50
Hôpital Douglas.....	2,75	4,35	5,60	6,66
Hôpital Mont-Providence.....	2,50	4,00	6,90	7,23
Hôpital Saint-Charles de Joliette.....	2,50	2,50	6,15	6,17
Hôpital des Laurentides.....	2,00	2,00	8,70	9,20

Cette augmentation des crédits est évidemment très impressionnante. Il faut cependant prendre en considération que la grande majorité des hôpitaux psychiatriques bénéficiaient jusqu'en 1961 et 1962, d'un *per diem* arbitraire dont le taux était inférieur à celui dont disposaient à l'époque les établissements communément appelés institutions pour soins de garde.

SUBVENTIONS FÉDÉRALES
EN HYGIÈNE MENTALE

Rappelons que ces argents servent essentiellement à défrayer le coût d'opération des cliniques externes de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et des cliniques d'hygiène mentale. Ce n'est qu'à compter de 1962-1963, comme le démontre le tableau IV, que des augmentations annuelles ont commencé à être accordées.

TABLEAU IV

Subventions fédérales

1956-57.....	\$2 350 000
1957-58.....	\$2 350 000
1958-59.....	\$2 450 000
1959-60.....	\$2 450 000
1960-61.....	\$2 450 000
1961-62.....	\$2 450 000
1962-63.....	\$2 750 000
1963-64.....	\$2 850 000
1964-65.....	\$3 030 000
1965-66.....	\$3 450 000

PLAN D'ASSISTANCE
À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Au tout début de ce rapport, nous avons attiré l'attention du lecteur sur la difficulté de régionaliser davantage les Services d'assistance en raison de la pénurie de spécialistes. C'est pourquoi un nouveau caractère a été imprimé à ce plan d'assistance à la formation professionnelle au cours de l'année 1964. Des bourses spéciales ont été offertes à un certain nombre de médecins de pratique générale qui, en retour, s'engagent, au terme de leurs études, à exercer leur spécialité dans des régions du Québec où il y a grande pénurie, voire absence de psychiatres. Quoique mise tardivement sur pied, cette offre a permis à quelques médecins de pratique générale de commencer leurs études de spécialisation en juillet 1964. Il y a lieu de croire que ce projet attirera un très grand nombre de ces médecins en 1965.

Nous sommes conscients par ailleurs que cette pénurie n'est pas spécifique au domaine de la psychiatrie, que d'autres spécialités en souffrent, voire la médecine générale elle-même. C'est pourquoi nous comptons limiter ce mode de recrutement en l'étendant plutôt sur plusieurs années. C'est pourquoi également nous avons fait appel à la collaboration du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec pour favoriser la venue de psychiatres de l'extérieur. C'est en fait à cet apport de l'étranger que l'on doit en grande partie les progrès qu'ont accomplis des hôpitaux comme l'Hôpital Saint-Charles de Joliette et l'Hôpital des Laurentides à L'Annonciation, comté de Labelle. Les autorités tant

médicales qu'administratives de ces hôpitaux se félicitent d'avoir pu obtenir ainsi les services de plusieurs psychiatres. Enfin, notre plan d'assistance à la formation professionnelle a également été soutenu par l'octroi de crédits considérables, comme en fait foi le tableau V.

TABLEAU V
Bourses d'études

1960-1961	\$ 76 440,00
1961-1962	\$ 92 260,00
1962-1963	\$169 206,19
1963-1964	\$339 440,43
1964-1965	\$584 639,00

Ces argents sont principalement de source provinciale. Quelques bénéficiaires seulement obtiennent leur bourse par l'entremise de subsides fédéraux. D'autres, particulièrement les infirmières qui se spécialisent en psychiatrie, reçoivent leur bourse du milieu hospitalier où elles poursuivent leurs études.

RÉGIONALISATION DES SERVICES

La politique antérieure a été de centraliser les Services d'assistance, malgré de très nombreux et très sérieux inconvénients. Il n'y a donc pas lieu d'être surpris si les deux principaux hôpitaux appelés à desservir l'ensemble des besoins de la population de langue française, c'est-à-dire l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Montréal et l'Hôpital Saint-Michel-Archange de Québec, ont vu leur capacité réelle atteindre des chiffres de beaucoup trop considérables. Le nombre de lits de ces deux hôpitaux à la fin de 1961 était respectivement de 5 600 et de 5 200.

Depuis 1962-1963, la province compte quatre hôpitaux psychiatriques par la transformation de deux « garderies » en centres de traitements. Ce sont respectivement l'Hôpital Saint-Charles de Joliette et l'Hôpital des Laurentides à L'Annonciation, comté de Labelle. Dans le rapport annuel de 1963, nous avons fait état des développements très intéressants qu'ont connus ces centres hospitaliers ; voici, à cet égard, d'autres tableaux

comparatifs (tableaux VI et VII) qui en témoignent encore de façon plus éloquente.

TABLEAU VI
Hôpital Saint-Charles de Joliette
(1 300 patients)

	1962	1964
PERSOINNEL :		
Psychiatres	1	9
Psychologues	0	2,5
Travailleurs sociaux	0	4,5
Infirmières	31	49
Préposés aux malades	147	279
MOUVEMENTS DES MALADES :		
<i>Hospitalisés depuis plus de 5 ans :</i>		
Mis en congé	189	272
Mis en foyers	46	70
<i>Admis de la région :</i>		
Admissions	231	435
Mis en congé	236	216
<i>Clinique externe :</i>		
Nombre de malades	421	969
Consultations	1 450	3 711

TABLEAU VII
Hôpital des Laurentides
(700 patients)

	1962		1963		1964	
	M	F	M	F	M	F
PERSOINNEL :						
Psychiatres	1		13		13	
Psychologues	0		3		3	
Travailleurs sociaux	0		1		1	
Infirmières	6		17		17	
Préposés aux malades	109		187		187	
MOUVEMENTS DES MALADES :						
<i>Admissions :</i>						
Premières admissions	0	0	96	54	136	170
Réadmissions	0	0	4	7	24	28
Retours de foyer	0	0	3	0	35	0
Retours de congé d'essai	10	0	59	0	34	5
Malades provenant d'hôpitaux psychiatriques	0	0	90	0	10	51
Malades provenant des ateliers protégés	0	0	0	0	10	0
<i>Sorties :</i>						
Définitives	3	0	17	34	140	145
Mises en congé	0	0	13	0	132	0
Congés d'essai	37	0	108	0	80	38

TABLEAU VII (suite)

		NOMBRE		
CLINIQUES EXTERNES : PATIENTS INSCRITS (du 1-1-64 au 31-1-65) :				
	Mont-Laurier (à 40 milles de l'Hôpital des Laurentides).			90
	Sainte-Agathe (à 50 milles de l'Hôpital des Laurentides).			92
	Maniwaki (à 80 milles de l'Hôpital des Laurentides).			94
	Saint-Jérômes (à 80 milles de l'Hôpital des Laurentides).			389
	Hôpital des Laurentides.			114
TOTAL.....		759		
(Nombre total des visites : 3 972)				
	M	F	T	
ATELIERS PROTÉGÉS - 1964 :				
	Admissions.....	91	4	95
	Inscriptions au 31 décembre 1964.....	69	4	73
Total.....		160	8	168
(Échecs : 4%.)				
FOYERS AFFILIÉS :				
	Nombre de foyers au 31-12-64.....		11	
	Nombre de patients admis en 1964.....		132 mâles	
	Nombre de patients inscrits au 31-12-64....		110 mâles	

(Tous ces patients sont âgés de 55 ans ou plus. Les 20 patients non inscrits au 21 décembre 1964 ont été réhospitalisés pour raison médicale ou ont regagné leur domicile.)

L'Hôpital Saint-Charles de Joliette a également un réseau de foyers affiliés dont les caractères ont été très bien précisés. Il est de plus doté d'un Service complet pour alcooliques. Rappelons ici que le Service médical sur l'Alcoolisme du ministère de la Santé est dirigé par le docteur André Boudreau tout en étant affilié aux Services psychiatriques.

PSYCHIATRIE INFANTILE

Nous avons déjà eu l'occasion de souligner l'importance du Service de psychiatrie pour enfants de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal (tableau VIII).

L'Hôpital Mont-Providence se devait, dans sa réorganisation et ses développements, d'introduire des services à l'adresse des adolescents et des enfants dont l'état mental anormal n'est nullement relié à l'arriération mentale. C'est à quoi se sont appliquées les autorités de cette institution, tout en ne négligeant pas pour autant

les enfants souffrant de déficience mentale (tableau IX).

TABLEAU VIII

Hôpital Sainte-Justine (Montréal)
Service de psychiatrie pour enfants

	1961	1964
PERSONNEL :		
Psychiatres et résidents.....	12	17
Psychologues.....	6	12
Travailleurs sociaux et stagiaires.....	5	15
Thérapeutes d'occupation.....	2	
Psychopédagogues.....		7
Jardinières.....	1	6
Infirmières.....	4	11
	30	68
CLINIQUES EXTERNES :		
Nombre : enfants.....	967	2 025
parents.....	1 095	1 635
entrevues.....	8 324	20 496
CLINIQUES INTERNES :		
Nombre : enfants.....	553	750
parents.....	211	316
entrevues.....	1 204	5 803

TABLEAU IX

Hôpital Mont-Providence, Montréal
(1 097 patients)

	1962	1965
PERSONNEL :		
Psychiatres.....	0	11
Psychologues.....	1	5
Travailleurs.....	2	7
Éducateurs spécialisés.....	15	31
Infirmières.....	5	36
Préposés aux malades.....	162	310
ADOLESCENTS :		
Traitements à court terme.....		30 garçons 25 filles
Traitements prolongés.....		30 garçons 30 filles
ENFANTS DE 6 À 12 ANS		
Traitements à court terme.....		25 enfants
Traitements prolongés.....		30 enfants

A ces renseignements, il faut ajouter :

1. Qu'il existe un service de jour pour enfants psychotiques de six à dix ans ;
2. Qu'une clinique externe a été ouverte en novembre 1964.

Il est un autre centre pour enfants qui a connu un essor considérable. Il s'agit du Centre médico-social pour enfants de Québec. Dans le rapport

annuel de 1963, nous nous étions contentés de signaler cette évolution, sans ajouter plus de précisions. Le tableau X montre l'évolution de ce centre.

TABLEAU X
Centre médico-social pour enfants (Québec)

	Décembre 1962		Décembre 1964	
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel
PERSONNEL :				
<i>Service administratif :</i>				
Travailleur social.....	1		1	
Secrétaires.....	4		5	
<i>Service médical :</i>				
Psychiatres.....		2	2	6
Pédiatre.....		1		1
Infirmières psychiatriques.....	3		3	
<i>Service social :</i>				
Travailleurs sociaux.....	2	1	4	3
<i>Service psychologique :</i>				
Psychologues.....		2	1	1
Orienteurs.....	1		2	
Psycho-pédagogue.....				1
TOTAUX.....	11	6	18	12

	Décembre 1962	Décembre 1964
Nombre d'enfants vus au C. M. S.....	504	825
Nombre de parents vus au C. M. S.....	862	1 386
Nombre d'entrevues au C. M. S.....	3 377	3 668

L'Équipe mobile du Service d'hygiène mentale et d'orientation a pour sa part examiné 363 enfants en 1962 et accordé 2 947 entrevues. Ceci s'explique par le fait que les classes complètes étaient examinées aux tests collectifs. La même situation se reproduit quelques mois en 1964. Ce service a été discontinué depuis. Il a cependant permis un dépistage qui a mis en relief l'étendue des besoins en certaines régions du Québec. Mais n'étant pas en relation avec des ressources d'assistance indispensables dont l'existence reste à créer, il ne pouvait, sur le plan pratique, rendre les services espérés par suite de ce dépistage massif.

AMÉLIORATIONS DES SERVICES EXISTANTS

D'autres chapitres de ce rapport annuel se trouvent à couvrir quelques-uns de ces dévelop-

pements (cf. Psychiatrie infantile, Régionalisation des Services, etc.). Nous nous devons cependant de consacrer au moins quelques mots à l'adresse de quelques institutions.

L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, dont le surintendant médical est maintenant le docteur Lucien Panaccio, a considérablement diminué sa population, surtout au cours de l'année 1964. Le nombre de lits qui était de 5 527 en décembre 1962 est maintenant de 4 865 (décembre 1964). Cette décongestion s'est effectuée alors que le nombre des admissions est passé de 1 518 en 1962 à 1 785 en 1964. Une clinique externe extrêmement active fut créée en 1963 (10 585 consultations et 16 393 visites en 1964). L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu compte 306 malades en foyers affiliés, le premier foyer n'ayant été ouvert qu'en juin 1964. Enfin, cette institution psychiatrique de Montréal a repris l'enseignement à plusieurs niveaux et, depuis juillet 1964, plus de 20 médecins y poursuivent leur formation en psychiatrie.

Le tableau XI indique l'accroissement de son personnel :

TABLEAU XI

Personnel de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal
(4 865 patients)

	Nombre en 1962	Nombre en 1964
Psychiatres.....	15	33
Psychologues.....	1	9
Travailleurs sociaux.....	1	7
Infirmières.....	142	262
Préposés aux malades.....	413	816

L'Hôpital Saint-Michel-Archange, pour sa part, est l'objet de développements qui s'opèrent à travers des difficultés particulières. Il n'y a donc pas à être surpris si cette institution n'est pas encore le siège d'innovations aussi importantes que dans certains autres milieux. Nous devons cependant signaler à l'attention du lecteur la création rapide de deux départements bien structurés (Psychologie et Service social) et la mise sur pied d'une clinique externe et de quelques foyers affiliés.

L'Hôpital psychiatrique de Bordeaux a été également l'objet d'une réorganisation qui vise à assurer de meilleures conditions de traitements aux malades dans un contexte administratif indispensable, et à la formation des cadres en prévision du futur hôpital à sécurité maximale qui sera érigé à Rivière-des-Prairies, en remplacement de ce trop célèbre centre hospitalier situé en plein cœur de la Prison de Montréal. Mentionnons qu'une charte a été obtenue du Secrétariat de la Province et que ce centre psychiatrique revêt maintenant le nom d'un psychiatre que l'histoire considère comme le père de la psychiatrie française, du fait principalement de son rôle humanitaire envers les malades mentaux. C'est maintenant l'Institut Philippe-Pinel dont il s'agit. Un conseil d'administration a été institué et son président est le juge Roger Ouimet, j.c.s. Le docteur Laurent Gervais et monsieur Yves-P. Goulet ont été nommés respectivement surintendant médical et directeur général, et une clinique externe sera bientôt formée.

L'Hôpital Sainte-Anne de Baie-Saint-Paul compte un nouveau surintendant médical depuis septembre 1964, en la personne du docteur Bernard Jean, psychiatre. Il s'agit là d'un premier geste qui permettra à ce centre hospitalier de connaître des développements analogues à ceux qui sont survenus à l'Hôpital des Laurentides et à l'Hôpital Saint-Charles de Joliette. Il s'agit cependant d'un milieu très différent qui, ainsi et de par tradition, consacre ses activités presque exclusivement à l'adresse des arriérés mentaux.

L'Hôpital Saint-Julien de Saint-Ferdinand d'Halifax et le Sanatorium Bégin de Sainte-Germaine de Dorchester, jouissent des services de psychiatres consultants. La tâche de ceux-ci consiste surtout à favoriser la prise d'un certain nombre de mesures en prévision du recrutement éventuel de spécialistes qui consacreront tout leur temps aux malades de ces institutions. La population profite déjà de ces développements puisque des cliniques externes ont été créées et que la postcure des malades de cette région qui ont dû recevoir des soins à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, est maintenant assurée sur place.

DÉCONGESTIONNEMENT DES HÔPITAUX
PSYCHIATRIQUES ET « REPATRIEMENT »
DES MALADES
(Tableau XII)

Les hôpitaux psychiatriques du Québec pour la plupart, ayant eu à faire face depuis nombre d'années à un surpeuplement, ont commencé à connaître une diminution du nombre de leurs malades (nombre de lits dressés).

1. Les hôpitaux psychiatriques compte 1 007 lits de moins à la fin de 1964 qu'à la fin de 1962 ;

2. A la fin de 1964, ils comptent seulement 410 lits de plus qu'à la fin de 1958, malgré l'ouverture de l'Hôpital Saint-Charles de Joliette en 1959 (1 312 lits) et de l'Hôpital des Laurentides en 1961 (730 lits) ;

3. Le nombre des patients à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange est resté sensiblement le même en 1959, 1960 et 1961, malgré le fait que les patients qui ont été reçus à l'Hôpital Saint-Charles et à l'Hôpital des Laurentides, provenaient de ces institutions ;

4. Si les chiffres de 1961 démontrent qu'il y avait alors 187 lits de moins qu'en 1960, et ceci malgré l'addition de 325 lits à l'Hôpital des Laurentides, c'est en raison surtout de la fermeture du Pavillon Saint-Vallier de l'Hôpital psychiatrique de Bordeaux (400 malades) et de la décongestion de l'Hôpital de Bordeaux lui-même (réduction de 325 lits à 115) ;

5. Le Foyer Sainte-Luce, à Disraéli, comté de Wolfe, qui était considéré comme un hôpital psychiatrique affilié à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, a été fermé par le retrait de ses 278 malades qui furent transférés presque tous à l'Hôpital des Laurentides et à l'Hôpital Saint-Charles de Joliette.

Il faut évidemment prendre en considération l'ouverture de foyers affiliés et le transfèrement d'un certain nombre de patients considérés comme des cas de bien-être dans des institutions relevant de la juridiction du ministère de la famille et du bien-être social. Mais le nombre de ces malades qui ont ainsi quitté les hôpitaux psychiatriques est très inférieur au nombre de lits qui ont été

TABLEAU XII

Hôpitaux psychiatriques
Nombre de lits dressés au 31 décembre

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964
Hôpital Saint-Michel-Archange	5 098	5 095	5 061	5 127	5 029	5 027	5 002
Hôpital Saint-Julien, Saint-Ferdinand d'Halifax . .	1 430	1 451	1 463	1 465	1 462	1 443	1 348
Hôpital Saint-Jean-de-Dieu	*5 658	5 635	5 632	5 589	5 527	5 317	4 865
Douglas Hospital	1 706	1 660	1 640	1 655	1 627	1 646	1 718
Hôpital Sainte-Anne, Baie-Saint-Paul	*1 178	1 177	1 349	1 355	1 365	1 437	1 382
Institut Philippe-Pinel	1 080	1 138	938	371	133	124	138
Hôpital Sainte-Anne de Bellevue	571	509	498	476	476	463	463
Retraite Saint-Benoît	100	100	130	133	143	144	146
Hôpital Mont-Providence	1 115	1 054	1 168	1 091	1 202	1 200	1 097
Hôpital Sainte-Elisabeth	816	815	800	790	788	785	764
Hôpital Saint-Charles, Joliette	—	1 312	1 333	1 343	1 381	1 412	1 291
Hôpital Des Laurentides	—	—	—	325	627	730	730
Sanatorium Bégin	—	220	220	220	220	265	265
Sanatorium Saint-Georges	203	208	214	298	324	328	331
Foyer Porte-du-Ciel	11	10	10	10	7	7	6
Foyer Sainte-Luce	170	197	202	270	242	—	—
	19 136	20 581	20 705	20 518	20 553	20 328	19 546

* Ces données correspondent au nombre de patients, ce qui, selon les informateurs, équivaut au nombre de lits dressés.

enlevés dans les hôpitaux psychiatriques. Il faut d'ailleurs préciser que ce décongestionnement à d'autres égards est relatif. C'est ainsi qu'à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, cette diminution du nombre de lits s'est accompagnée d'une désaffectation de bâtiments impropres.

Malgré ce décongestionnement et malgré le fait que, depuis trois ans, les besoins ont augmenté du fait de l'accroissement de la population, la situation des hôpitaux psychiatriques, face aux demandes d'admission, est bien meilleure qu'elle l'était. Celle de l'admission des enfants souffrant d'arriération mentale et qui est du ressort du ministère de la Santé, reste cependant épineuse. On a cependant l'espoir que, dans le cours de l'année subséquente et par suite d'un ensemble de mesures d'assistance psychiatrique, cette situation s'améliorera sensiblement.

Parallèlement à cette opération le décongestionnement, s'est effectué ce que nous pourrions appeler le « rapatriement » des malades psychiatriques. C'est ainsi qu'un grand nombre d'entre eux étaient hospitalisés dans des centres fort éloignés

de leur lieu d'origine ou de résidence antérieurs, et étaient séparés ainsi de leur famille. Presque une centaine de malades, par des échanges entre hôpitaux psychiatriques, ont pu ainsi retourner près des leurs. Enfin, la situation des prévenus jugés mentalement malades qui devaient attendre de longs mois dans les prisons afin qu'une place leur soit trouvée dans un hôpital psychiatrique, a été complètement modifiée. C'est ainsi que le Centre d'observation de la Prison de Bordeaux ne regorge plus de ces malades, puisqu'ils sont transférés sur production de l'expertise psychiatrique.

DIVERS

L'un des articles les plus importants de notre programme est l'introduction d'un département de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Ce n'est cependant que dans quelques années, que nous verrons cette politique définie dans la réalité, car en général, ce n'est qu'à l'occasion de nouvelles constructions ou de projets d'agrandissement que nous pouvons obtenir ce complément indispen-

sable aux services d'un hôpital général. Une seule institution a ouvert un tel département en 1964. Il s'agit de l'Hôpital général Fleury de Montréal. Néanmoins, plusieurs hôpitaux généraux concourent déjà de façon très importante au dépistage des maladies mentales. Ce sont surtout ceux de la région de Montréal dont le personnel psychiatrique s'est accru sensiblement au cours de la présente année.

C'est en octobre 1964 qu'a eu lieu à Ottawa la Conférence fédérale-provinciale sur l'arriération mentale. Cette conférence groupait des délégués de toutes les provinces. La délégation du Québec était représentée par des officiers du ministère de l'éducation, de la famille et du bien-être social et de la santé. Au préalable, un comité spécial avait été formé sous la direction du docteur Denis Lazure, directeur-adjoint des Services psychiatriques, et le Québec a ainsi produit un rapport très substantiel sur la déficience mentale dans notre province. En instituant cette conférence, le ministère de la santé nationale et du bien-être agréait une requête que nous lui avons soumise en 1963.

Les Services psychiatriques comptent maintenant un répertoire des ressources d'assistance au niveau provincial. On y trouve une série d'informations très utiles, surtout pour les membres de la profession médicale qui ont à diriger leurs malades soit vers un milieu hospitalier, soit vers une clinique d'hygiène mentale.

Nous avons tenté, d'autre part, d'assurer un meilleur dialogue avec toutes ces institutions. C'est ainsi, qu'en plus des assemblées régulières du Comité consultatif, nous avons maintenant des réunions bi-annuelles qui groupent soit les surintendants médicaux, soit ces mêmes officiers et les directeurs généraux des mêmes milieux hospitaliers.

CONCLUSIONS

Celles du rapport annuel 1963 sont aussi valables aujourd'hui car nous œuvrons dans un domaine où les changements radicaux sur le plan général ne peuvent devenir réalité qu'après plusieurs années d'une politique constamment homogène et reposant sur les principes de la psychiatrie sociale, orientation que nous nous efforçons continuellement de donner à notre Service.

Nous pouvons donc reprendre ici ces conclusions du Rapport annuel précédent :

« Les réalisations récentes, si importantes soient-elles, sont peu de chose si nous considérons le chemin qu'il nous reste à parcourir, l'énormité des besoins et la pauvreté encore réelle des ressources dont nous disposons.

« L'obstacle majeur réside toujours dans le manque de personnel et cette pénurie est manifeste dans toutes les régions du Québec, quoique à un degré moindre à Montréal et à Québec. La régionalisation des Services, principe essentiel, ne pourra s'effectuer davantage si nous ne parvenons pas à trouver des psychiatres et professionnels d'autres disciplines qui consentent à exercer leur profession dans des centres moins urbains que Montréal et Québec. Nous devons mettre davantage à point le programme en cours, continuer à le coordonner avec les développements que d'autres ministères entendent favoriser dans des secteurs mitoyens, étendre la gamme des services de façon à couvrir les besoins dans leurs rapports avec les différentes étapes que comportent en particulier la thérapeutique, la réhabilitation et la resocialisation du malade mental.

« La réhabilitation du malade mental n'est pas du ressort exclusif de la psychiatrie. La participation de la communauté toute entière est indispensable. »

CARREFOURS DE LA PSYCHIATRIE *

C. A. ROBERTS,¹

Toronto Psychiatric Hospital.

M'adresser à vous en tant que Président national est un privilège qui entraîne un certain nombre de difficultés. Dois-je vous faire rapport des activités de l'Association canadienne des psychiatres? Dois-je vous féliciter pour le travail accompli? Dois-je vous inciter à de plus grands efforts? J'ai décidé de n'être que ce que je suis et de vous entretenir des sujets qui m'intéressent en tant que psychiatre en 1965.

Votre association nationale est en réalité une confédération d'associations provinciales. Le Bureau des gouverneurs est nommé par les associations provinciales. On nous a confié la responsabilité de faire valoir votre point de vue et de défendre vos intérêts sur le plan national. Nous devons éviter d'empiéter sur des domaines strictement provinciaux et nous appliquer à ne pas limiter les activités provinciales par des restrictions au niveau national. En tant que représentant national, comment devons-nous décrire le rôle de la psychiatrie et du psychiatre d'aujourd'hui?

Mon titre récemment acquis de « Canadien » me permet de dire que le Canada est un grand pays et cela dans toutes les acceptions de l'adjectif « grand ». Il me semble cependant que la plupart des Canadiens, tant de langue française que de langue anglaise, hésitent à proclamer notre pays, son passé et les progrès énormes que nous avons accomplis. Nous semblons préoccupés par nos échecs et nos difficultés. Je proposerais que nous essayions de comprendre les besoins et les aspirations de chacun des habitants de ce grand

pays. Je crois qu'il est possible de comprendre ces désirs et ces aspirations. Je suis convaincu qu'ils sont, en général, raisonnables et légitimes. Il faut permettre à chacun d'atteindre à l'indépendance et à l'expression de sa personnalité d'une manière qui soit satisfaisante pour tous les membres de notre famille, une famille qui, je l'espère, est capable de promouvoir l'expression de la liberté des individus et des groupes tout en maintenant son identité en tant que famille. Mieux que tout autre groupe, nous sommes en état de comprendre le processus complexe des relations humaines, l'oscillation entre l'acceptation et le rejet de la surprotection. Si nous les reconnaissons et les acceptons comme normaux, ces phénomènes humains nous permettront d'édifier un Canada encore plus grand.

Au cours de récents voyages à travers les différentes provinces, il m'est arrivé fréquemment de dire: « La psychiatrie est à un carrefour. » C'est donc spontanément que j'ai choisi de parler de « Carrefours » à la présente réunion. Quels fantasmes éveillent en chacun de nous le mot carrefour? Pense-t-on à une intersection dangereuse? Ou bien voit-on un rond-point d'où la circulation, bien contrôlée, s'écoulera facilement vers l'une ou l'autre direction? Voyons-nous s'ouvrir devant nous de larges avenues où engager nos pas à la poursuite de l'un ou l'autre idéal?

Vous avez sans doute remarqué que le titre s'inscrit: « Carrefours », au pluriel. Nos soucis au sujet de l'avenir sont multiples et par le fait même complexes. Je veux énumérer ici quelques-uns des aspects sous lesquels la psychiatrie doit être envisagée: premièrement, la psychiatrie en

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, le 21 mai 1965.

1. Président national de l'Association canadienne des psychiatres.

tant qu'une spécialité de la médecine et son intégration aux Services médicaux et hospitaliers ; deuxièmement, la psychiatrie en tant que science humaine et ses implications extramédicales ; troisièmement, l'intégration de nos services aux malades sans isolement ni séparation des autres malades ; quatrièmement, l'organisation de Services cliniques en étroite collaboration avec l'enseignement et la recherche, et cela sans porter atteinte à la qualité des soins ; cinquièmement, la rémunération des psychiatres, ou à l'acte médical ou à salaire, etc. Nous pourrions encore énumérer pendant longtemps les nombreuses propositions possibles à ce sujets.

Dans son discours présidentiel à New-York, le docteur Blain a fait part de ses nombreuses préoccupations au sujet de la société et de la psychiatrie en la comparant à la médecine pour ce qui est des soins à donner aux patients et à l'hygiène publique, pour ce qui est de l'organisation des Services de prévention. Le docteur Blain nous a parlé aussi de dévouement, d'excellence et de renouveau pour chacun de nous. Je me dois de faire écho à ses remarques et d'inciter tous les psychiatres et tous nos confrères en médecine à considérer avec attention ces observations. Le temps n'est-il pas venu pour nous de méditer sur les intrications de notre société en pleine évolution et, peut-être, pour nous de la classe intellectuelle, le temps n'est-il pas venu de renouveler nos engagements à notre profession et à son idéal premier. Pouvons-nous encore excuser les changements de nos propres points de vue, la diminution de nos heures de travail, notre récente prospérité en alléguant que nous ne sommes qu'une partie de la société contemporaine et que nous établissons notre ligne de conduite selon les normes admises par cette société ? Avons-nous oublié le Serment d'Hippocrate ? Sommes-nous de vulgaires marionnettes agitées par notre civilisation ? Un tel rôle et de telles attitudes ne sont pas à la hauteur de notre profession. Ils sont manifestement insuffisants si nous voulons atteindre à la satisfaction du travail accompli ; satisfaction dont nous avons besoin fondamentalement pour vivre heureux avec nous-mêmes et avec notre milieu.

Les carrefours d'autrefois étaient certes des endroits dangereux, soit à cause de la mauvaise visibilité, soit par l'absence de signaux lumineux, soit à cause des passages à niveaux non protégés. Les exigences de notre société, société à laquelle nous appartenons sans contredit, amènent de nouveaux développements techniques comme des ronds-points, des voies d'accès à sens unique, des intersections à niveaux superposés, des signaux lumineux, etc., afin de permettre au flot des véhicules de s'écouler sans encombre. Sous divers angles, il semble que l'organisation, l'administration, et le financement des services de santé en soient encore au stade des véhicules à traction animale bien que notre société soit en droit d'exiger de nous des changements tout aussi radicaux et tout aussi importants que ceux dont nous avons été témoins au cours de ces dernières années dans le domaine des routes, des services aériens, etc. Si nos ingénieurs ont pu relever le défi et d'une manière aussi spectaculaire, nous, en médecine, nous, en psychiatrie, saurons-nous en faire autant ou nous récuserons-nous en alléguant que les anciennes méthodes sont encore les meilleures ? Sans contredit, nous devons faire face à un défi, il nous faut inventer et instaurer des nouveaux modèles qui répondront adéquatement aux besoins de notre société en évolution.

L'établissement de l'Assurance Hospitalisation excluant les hôpitaux psychiatriques, l'orientation vers l'Assurance Santé, l'organisation des Services de psychiatrie dans les hôpitaux de même que les nombreux autres changements dans le domaine des soins psychiatriques créent des nouveaux besoins qui demanderont aux psychiatres et à ceux qui sont responsables de l'avancement et de l'administration des Services psychiatriques de prendre des décisions primordiales pour le traitement des malades mentaux et pour la planification des Services nécessaires au bon fonctionnement de la psychiatrie.

C'est pourquoi il semble opportun de considérer brièvement le rôle actuel, la situation et l'image que se fait de lui-même le psychiatre.

L'histoire nous enseigne que les médecins de l'ère préchrétienne étaient préoccupés par le

bien-être physique et mental. Il semble évident que ces préoccupations se soient concentrées uniquement sur la santé physique à peu près à l'époque de la naissance du christianisme. Durant les siècles suivants on trouve peu ou pas de références au bien-être mental dans la littérature médicale et apparemment les médecins de l'époque ne se souciaient guère que de la santé du corps. Les problèmes de la psychologie étaient l'apanage de philosophes et de penseurs qu'on ne considérait en aucune façon capables de guérir les malades. En fait on envisageait les désordres mentaux sous l'angle du bien et du mal, n'y voyant que possession par le démon, sorcellerie, enchantement ou sortilèges et non maladies devant être traitées. Il y a peu de doute qu'à l'époque du Bas Moyen-Age des centaines de milliers de malades mentaux ont été brûlés sur les bûchers ou autrement exécutés parce qu'on les croyait possédés par les démons. Les quelques médecins qui osèrent prendre la défense des malades mentaux étaient également accusés de possession car il fallait pour le moins être l'instrument du diable pour oser défendre ces mauvais génies. L'ère nouvelle de la psychiatrie débute à peu près à l'époque de la Révolution française alors que Pinel substitua des mesures de douceur aux violences restrictives dont les aliénés avaient été jusqu'alors les victimes. L'intérêt des Tukes et de quelques autres se porta ensuite sur le traitement des malades mentaux. Freud apporta par la suite une contribution fondamentale à l'évolution de cette science par l'introduction d'un système de la psychiatrie dynamique qui a fourni une structure théorique permettant une explication des signes, des symptômes et des maladies psychiatriques. Avant l'apparition de la médecine en tant que science, au moment où le traitement était essentiellement symptomatique plutôt que spécifique, nous avons tout lieu de croire qu'un bon nombre de médecins se sont orientés vers le vaste champ de la psychiatrie et y ont tenu un rôle hautement apprécié de leurs collègues. Il n'était pas rare de trouver un médecin attaché à un hôpital psychiatrique jouant un rôle actif dans des sociétés médicales locales, des écoles de médecine, etc.

A la vérité, plusieurs sont devenus extrêmement influents dans ces domaines ou dans des domaines connexes. L'évolution de la médecine en tant que science a, selon toute évidence, contribué à diminuer le nombre de médecins se dévouant dans les hôpitaux psychiatriques et entraîné une dévalorisation du travail en ces milieux. La science médicale a rendu possible des mesures spécifiques pour la prévention, le traitement et la guérison de certaines maladies. L'introduction des méthodes d'asepsie et d'anesthésie, par exemple, ont étendu considérablement le champ des interventions chirurgicales. Plus on mettait en relief des traitements spécifiques au détriment de traitements symptomatiques, plus allait en diminuant l'intérêt porté au traitement des maladies chroniques. Pendant les années de la crise économique il y eut une affluence de médecins dans les institutions pour malades mentaux au Canada ; il est permis de s'interroger sur les motivations qui ont incité plusieurs de ces médecins à prendre une telle orientation. Il ne subsiste en nous aucun doute que ces médecins aient contribué à l'avancement de la psychiatrie, cependant, dans plusieurs cas, ce n'est pas parce qu'ils avaient choisi de faire de la psychiatrie leur centre d'intérêt mais parce que là s'offrait une sécurité financière appréciable à une époque d'instabilité. Les années de guerre ont fourni d'autres occasions heureuses pour les psychiatres et un bon nombre d'entre eux quittèrent l'hôpital psychiatrique pour se joindre aux forces armées. Bien qu'un certain nombre revinrent à l'hôpital psychiatrique après la guerre il y en eut plusieurs qui, mettant à profit l'expérience acquise dans des unités de guerre, se sont dirigés vers des centres communautaires ou des hôpitaux généraux afin d'orienter leur travail psychiatrique d'une manière différente de celle qui avait été employée avant-guerre. L'époque que nous traversons est caractérisée par la découverte de nouvelles drogues et leurs applications dans des domaines qui affectent le comportement même des individus.

L'introduction de divers traitements de choc : coma insulinique, métrazol, sismothérapie, malariathérapie, etc., exerça une influence majeure

dans le traitement des troubles psychiatriques mais l'impact causé par ces traitements est à peine comparable à celui qu'a entraîné la découverte des agents psychotropes, en réveillant l'intérêt de la thérapie par le milieu et en redonnant l'importance qui lui convient à la relation médecin-malade.

Ma profession de foi est que je suis fier d'être psychiatre et fier d'être médecin. Nous vivons une prodigieuse période de l'histoire de la psychiatrie. Si d'énormes possibilités nous sont offertes, des responsabilités encore plus grandes nous attendent. Quelle image nous faisons-nous de nous-mêmes à l'heure actuelle? Sommes-nous des médecins possédant un entraînement spécialisé, désireux de répondre aux besoins de la communauté? Méritons-nous, par la vertu de notre éducation professionnelle, un revenu élevé et des responsabilités limitées? Devons-nous être inquiétés par les graves problèmes sociaux qui affligent notre époque? Sommes-nous ceux à qui incombe la tâche d'assurer le traitement des psychoses qui entraînent une importante détérioration du malade? Peut-être pourrions-nous nous limiter à la pratique de la psychothérapie et être préoccupés uniquement par des patients qui, par leur éducation, leur rang social, leur revenu peuvent se permettre un tel traitement? Serons-nous les promoteurs d'un programme de soins communautaires? Ou encore de tels programmes serviront-ils à améliorer le confort, le statut ou le revenu des psychiatres? Si je pose ces questions c'est que d'autres parmi nos concitoyens se les posent à notre sujet. Est-ce que nous voulons y réfléchir ou préférons-nous user de déniement, de déplacement ou de projection?

Comme les autres médecins nous devons nous préoccuper de traitement, de réhabilitation et de prévention. J'emploie délibérément ces termes dans l'ordre précité; parce que je crois que nous ne sommes pas toujours très honnêtes avec nous-même quand il s'agit de ces questions. Notre première fonction est la pratique de la médecine et le traitement des malades; de là et de la recherche viendront nos programmes de prévention. Il me semble que notre préoccupation primordiale devrait se centrer sur la maladie psychiatrique et

son traitement, les programmes de prévention découleront d'eux-mêmes des connaissances que nous possédons déjà et sur lesquelles nous établirons l'orientation future.

Je ne sais pas que notre entraînement en médecine et en psychiatrie nous donne droit de prétendre être des experts ou même des connaisseurs dans le domaine de l'hygiène mentale; prenant « hygiène mentale » dans son sens le plus large. Je crois que nous servons mal notre cause en mettant en parallèle santé mentale et maladie mentale, psychiatrie et maladies psychiatriques. A mon avis, plusieurs de nos problèmes avec la profession médicale, avec les autres disciplines professionnelles et avec la communauté en général deviendraient moins aigus si en tant que psychiatres nous nous attaquions à la maladie mentale elle-même; c'est elle qui nous servira de tremplin pour participer à la prévention et au progrès.

Lorsqu'on considère le travail actuel des psychiatres; pratique privée, service rémunéré, enseignement, recherche et administration, on se rend compte que nous ne sommes pas tellement différents des autres branches de la médecine. D'autre part, en général, nous sommes beaucoup plus impliqués dans un travail de consultation, de communication avec diverses agences sociales, de participation et de surveillance pour plusieurs autres services d'aide à nos concitoyens. Pour ce qui est du travail dans ces derniers domaines notre activité est à peu près semblable à celle de nos confrères spécialisés en physiatry et dans le traitement des maladies chroniques. Nous croyons que nous et nos patients devrions être acceptés tout comme le sont les autres médecins et leurs patients. Quels autres médecins et patients? Nous savons que nous souhaitons être acceptés et considérés sur le même pied que les autres médecins, nous désirons jouir de la même reconnaissance sociale, recevoir des honoraires identiques et nous voulons que nos patients bénéficient d'une considération équitable et comparable à celle des autres patients. Mais est-ce que nous acceptons les mêmes responsabilités et est-ce que nos patients peuvent accepter les mêmes responsabilités? Les buts les plus importants

que nous poursuivons ne pourraient-ils pas être énumérés ainsi :

1. La reconnaissance du droit à tous les bénéfices sociaux pour tous nos patients, qu'ils soient hospitalisés ou non ;

2. L'intégration de la psychiatrie aux autres Services de santé ;

3. L'acceptation par les psychiatres de la responsabilité entière des soins psychiatriques d'urgence de la même manière que des Services divers sont organisés par d'autres médecins afin de répondre aux urgences dans les autres spécialités.

Nous sommes maintenant en état de répondre aux urgences psychiatriques et l'image que se font des psychiatres nos confrères et le public en général est peut-être reliée aux difficultés rencontrées en urgence beaucoup plus qu'à tout autre aspect de notre rôle dans la société. Si nous désirons l'intégration, si nous escomptons une rémunération égale, est-ce que la société peut être assurée des services qu'elle est en droit d'attendre de nous ?

Il semble que les buts énumérés plus haut, avec toutes les implications à prévoir dans les domaines de l'éducation, la pratique, la recherche, l'enseignement, sans mentionner rémunération, plans de retraite et autres bénéfices marginaux doivent être l'objet de nos préoccupations actuelles. Notre avenir sera grandement influencé par les décisions que nous prendrons au sujet de ces différentes questions et nous devons faire en sorte que nos points de vue, arrêtés après mûres réflexions, éveillent l'attention des autorités responsables.

Sans doute plusieurs parmi vous trouvez que je fais un procès trop sévère à la médecine et à la psychiatrie. J'espère que vous avez raison. Dans plusieurs cas particuliers je suis convaincu que vous avez raison. Mais je sais également que dans trop de cas des psychiatres exigent des privilèges spéciaux, refusent d'accepter certaines responsabilités et, en général, nuisent ainsi à notre profession et à notre association. Soulever ces problèmes m'est un devoir pénible, je l'ai avoué dès le début de ce discours. Je regrette de ne pouvoir traiter la psychiatrie à la légère ou m'en tirer en débitant quelques principes ronflants. Je n'ai pu

m'empêcher de vous entretenir des problèmes qui me préoccupent en ce moment. Je suis ainsi fait ; je me sens un besoin croissant d'être honnête envers moi-même et envers les choses auxquelles je crois.

Je vous invite maintenant à m'accompagner au carrefour : contemplons-y les nombreuses avenues offertes à nos espoirs. J'entrevois dans le futur la réalisation presque parfaite de ce rêve un peu chimérique : la satisfaction des besoins profonds de l'homme primant le confort matériel. L'humanité, comme elle a su le faire tant de fois dans le passé, brisera les barrières de l'oppression, préjugés contre la maladie mentale, exploitation par la religion, querelles de races et de couleurs, luttes fratricides, guerres civiles, création de gouvernements oligarchiques visant à étrangler les aspirations des peuples qu'ils devraient libérer. Parce que l'homme n'a de pire ennemi que lui-même, la seule malédiction capable de détruire ces rêves sera-t-elle l'égoïsme des individus eux-mêmes ? Que deviendra alors la psychiatrie ? Les psychiatres et la psychiatrie prendront-ils les risques qui incombent à ceux qui peuvent et doivent diriger ; ou bien se laisseront-ils aller à la facilité d'une bien-être égoïste ? Nous avons à notre crédit des résultats passés qui sont tout à notre honneur, nous sommes fiers, et à juste titre, de ce qui s'accomplit présentement et je suis convaincu que sortiront de nos rangs des chefs capables de nous éclairer dans le choix à faire des routes les plus droites vers le but que nous poursuivons. Le public en général sera notre plus solide appui s'il constate que nous réussissons à faire tomber les barrières des préjugés entourant nos patients. Je n'ai pas tenté de répondre aux questions que pose l'avenir de la psychiatrie. Je n'ai essayé que d'indiquer quelques-unes des directions dans lesquelles nous pouvons nous engager. L'avenir ne sera pas nécessairement très facile mais je suis convaincu que si nous, psychiatres, donnons l'impulsion dans le bon sens, si nous agissons de manière à gagner la confiance de la communauté nous obtiendrons de plus en plus l'appui qui nous est nécessaire dans l'établissement des programmes que nous traçons afin de répondre aux besoins des malades mentaux.

MODE D'ABORD DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE ET DE LA PSYCHIATRIE DU VIEILLARD

Problèmes méthodologiques *

J. DE AJURIAGUERRA,¹

Médecin consultant à l'Hôpital Henri-Rousselle, Genève, Suisse.

Les recherches sur les désordres psychiatriques infantiles et séniles ont été basées, pendant très longtemps, sur des notions adultomorphiques. Les techniques employées étaient souvent les mêmes que celles qui servaient à l'étude de l'adulte. Celui-ci était le point de référence et nos hypothèses étaient centrées sur des extrapolations à partir de la connaissance que nous avions d'un être idéal déjà organisé et, si possible, inviolable.

Les désordres que présentait l'adulte étaient eux-mêmes décrits dans le cadre d'une nosographie rassurante, les constantes étaient valorisées, les variables autant que possible éludées. L'homme pathologique devenait un robot mécanisé équivalent à ce qui était réuni dans la même classe que lui par leur ressemblance surtout déficitaire. Ce mode de penser scientifique fut probablement indispensable mais la psychiatrie se trouva rapidement dans une impasse. Notre activité devint du figlage, nos descriptions enjolivèrent celles qu'avaient faites les classiques et notre casuistique infirma ou confirma des fragments de ce qui nous avait été antérieurement apporté, sans s'attaquer au mode de concevoir des phénomènes. Heureusement une psychologie dynamique remplaça la psychologie des fonctions de l'âme, une physiologie dynamique remplaça l'anatomie, trop stricte-

ment localisationniste et insuffisamment fonctionnelle. Des thérapeutiques, fruit souvent du hasard ou parfois fondées sur de fausses hypothèses mobilisèrent notre action contre la maladie et ouvrirent la voie à une biochimie pleine de promesses.

Un nouveau mode de penser est entré dans la neuropsychiatrie avec les recherches jacksonniennes sur la dissolution fonctionnelle mais toutes les applications qui en ont été faites ne se rapportent qu'aux désordres d'un fonctionnement déjà organisé ; elles se réfèrent très peu aux recherches en cours ou n'ont pas d'exigences par rapport aux recherches à envisager sur le plan intégratif. Après avoir failli prendre, à un moment donné, une orientation de type krœpelinien, la neuropsychiatrie actuelle semble s'être ressaisie ; elle a compris que l'enfant ne pouvait être appréhendé que dans la dynamique de son évolution.

La maturation a été étudiée d'un point de vue cytogénétique, biogénétique, biochimique, électroencéphalographique. Ces études ont montré la mobilité et les modifications dans le temps de cet être qui se fait. Face à cette réalité il y avait un écueil à éviter c'était celui de penser, comme le font encore certains auteurs, que l'évolution du comportement au cours du développement de l'enfant obéit uniquement à des *patterns* déterminés, en dehors de toute possibilité d'apprentissage. Le rôle du milieu serait réduit dans ce cas, comme l'a pu dire un de ces auteurs, à celui d'un gant venant se mouler sur la main, la main étant représentée par l'équipement morphologique et

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. Maître de recherches à l'Institut national d'hygiène (Suisse). Chef du Groupe des recherches et de la rééducation des troubles de la psycho-motricité et du langage à l'Hôpital Henri-Rousselle. Clinique Bel-Air, Genève, Suisse.

fonctionnel de l'enfant. Il est sûr que la maturation des structures anatomo-fonctionnelles est indispensable à ce développement mais il y a danger à n'envisager le problème que selon ce mode d'explications générales. En effet, le niveau de maturation nous montre le « possible » dans une activité et jusqu'à un certain point le fonctionnement des structures préformées dans la ligne générale du développement. Mais il y a également dans cette ligne les structurations dynamiques issues de cette préforme, dans la mesure où elles impliquent une réalisation fonctionnelle, réalisation qui ne prend son sens que sous l'angle des rapports interpersonnels. Toute structuration est le fruit de la coordination des actions du sujet par rapport à l'objet. La vie apparaît comme une correspondance, un ajustement continu entre les rapports internes et les rapports externes. Il existe donc des organisations préformées mais leurs réalisations fonctionnelles ne peuvent être isolées de l'ambiance dans laquelle l'organisation se développe. Si le développement suit une ligne verticale que l'on peut appeler maturative, qui rend possible les actions et les réactions, l'organisation fonctionnelle ne peut pas être comprise dans le cadre d'une organisation passive mais comme un enrichissement successif dû au contact de l'être avec le monde qui l'entoure. Ainsi ce qui est possible se réalise et l'être se fait au fur et à mesure de ses propres réalisations. Mécanique et créateur est l'enfant qui se fait en se faisant. La sémiologie en neuro-psychiatrie infantile ne sera donc pas fixiste, elle n'aura de valeur que si elle est chronologique. Elle ne pourra se faire qu'à partir d'études de plus en plus poussées sur l'organisation de l'enfant ; nos méthodes d'approche clinique n'auront de valeur qu'à partir d'une meilleure connaissance de la psycho-physiologie génétique. Des termes tels que hypotonie, réflexes cutanés plantaires en extension, phobie ou automutilation n'ont aucun sens hors d'un contexte historique ou hors du cadre de l'ensemble d'une organisation. Et comment parler de régression sans connaître parfaitement les linéaments de l'évolution. La sémiologie de la psychiatrie infantile doit être fondée sur ces notions évolutives

et les méthodes d'examen doivent en être induites ; certaines de nos épreuves mériteraient d'être reprises de ce point de vue. De plus en plus, les cliniciens se servent d'échelles qu'ils ont créées et que leur offrent des psychologues. Nous croyons qu'au fur et à mesure que le psychiatre infantile se rendra compte de la variabilité d'une sémiologie au cours des différentes phases du développement, c'est lui qui demandera la création d'échelles à partir de ses propres techniques et de ses propres besoins. Ceci s'avère indispensable car au cours des recherches sur l'enfant c'est l'étude des fonctionnements dans leur dynamique évolutive qui nous intéresse et c'est sur eux que nous agissons. Les notions neurologiques classiques qui portaient du symptôme ou du syndrome pour aboutir à la notion de localisation et qui s'appliquent à une grande partie de la pathologie de l'adulte ne sont pas suffisantes pour comprendre la pathologie de l'enfant. La plasticité cérébrale de cet être qui s'organise, de cette personnalité qui est en train de se créer, nous oblige à penser davantage le problème sous la forme de désorganisation fonctionnelle, de prise de forme de cette désorganisation et de réorganisation-dépassement. Les études longitudinales ne sont pas suffisantes surtout lorsqu'elles portent sur des systèmes particuliers. La structure que prend la personnalité n'est pas le fruit de la jonction de ces systèmes à un niveau donné mais de la forme que prennent à un tel niveau les organisations conjointes. Ceci est capital car en pathologie la désorganisation d'un système a toujours des répercussions sur l'évolution des autres et, par ailleurs, même des facteurs considérés comme positifs tel que les organisations précoces de tel ou tel système peuvent créer des structures pathologiques qui sont le fruit de décalages désorganisant.

La psychopathologie du vieillard pose des problèmes équivalents. La plupart des études portant sur les démences se sont attachées à la mise en valeur des troubles de la mémoire et de l'orientation temporelle et spatiale ou à l'étude des désorganisations symboliques en tant que fonction partielle ou localisée. Puisque nous étudions ici des processus de désintégration, nous pouvons

aborder les recherches dans le sens soit de la dissolution fonctionnelle des systèmes — dissolution longitudinale descendante — soit d'une étude comparative de la dissolution de ces divers systèmes — dissolutions conjointes qui nous donneront des niveaux de désintégration. Si la dissolution suit le chemin inverse de l'intégration, il y aurait sans aucun doute intérêt à comparer la dissolution du sujet sénile et l'évolution de l'enfant. Cette méthode d'étude s'est avérée intéressante pourvu qu'on ne plaque pas les deux sortes de phénomènes. En effet, chez l'enfant nous étudions un sujet qui est en train de se créer, chez le vieillard nous nous trouvons en face d'un sujet qui avait acquis une certaine mécanisation de son mode de fonctionnement et, de ce fait, la désintégration se fera du volontaire vers l'automatique tout en tenant compte qu'une partie du volontaire a moins de mobilité étant en partie déjà mécanisé. En outre, l'expérience nous démontre que les niveaux de désintégration ne sont pas tout à fait l'inverse des niveaux d'intégration ; comme le disait déjà Monakow nous nous trouverons face à une désintégration en briques.

Ces réserves faites, nous avons abordé avec notre équipe l'étude des désintégrations démentielles du grand âge. Nos recherches portent sur la notion de permanence de l'objet, sur les désorganisations temporelles et spatiales, sur les désintégrations praxiques et de l'habillement, sur les désintégrations psychomotrices et des automatismes moteurs, sur les désorganisations du schéma corporel et les régressions profondes allant jusqu'au stade instinctivo-réflexe.

Prenons comme exemple la représentation de l'espace, les conduites devant le miroir et le réflexe oral.

Si nous nous référons à l'organisation de la *représentation de l'espace*, nous voyons :

a) Chez nos malades peu atteints la notion de la verticale et de l'horizontale est conservée ; le bonhomme est dessiné de profil avec réalisme visuel ; la direction dans le test de Bender est conservée ainsi que les angles et tout le rapport topologique ; la représentation d'une figure ayant

subit une rotation de 180 degrés l'est également mais le dessin en perspective commence à être touché ;

b) Chez les malades plus atteints la direction est perturbée dans le test de Bender, la représentation de formes géométriques ayant subi une rotation de 180 degrés s'avère impossible, l'espace projectif est très perturbé, les pseudo-rabattements font leur apparition, par contre les angles, les rapports topologiques sont conservés, ce qui permet une bonne reproduction des formes géométriques y compris le losange ;

c) Chez les sujets profondément atteints il n'y a plus de traces de représentation euclidienne et projective si ce n'est quelques pseudo-rabattements et même les rapports topologiques les plus simples sont perturbés. Le bonhomme est très voisin du bonhomme tétard et peut être assimilé au niveau de l'incapacité synthétique.

Ces étapes de désintégration se rapprochent des stades 1, 2 et 3 de Piaget.

Un autre type de nos recherches a porté sur les *conduites devant le miroir*, de sujets atteints de syndromes démentiels du grand âge. Cette étude a permis de mettre en évidence trois niveaux de désintégration des conduites. Les malades les moins atteints se reconnaissent et utilisent l'espace spéculaire mais n'arrivent pas à désigner une partie de leur corps dans le miroir. Les malades un peu plus atteints présentent les mêmes difficultés que les précédents mais n'utilisent plus l'espace spéculaire, ils vont chercher un objet qui est présenté au-dessus de leur épaule dans le miroir ou derrière le miroir mais ils se reconnaissent encore. Les malades les plus atteints ne se reconnaissent plus, ils parlent souvent avec leur image, se palpent le visage, font des grimaces, et sont souvent angoissés. Ce nouveau type de conduite se rapproche de ceux que nous retrouvons dans l'intégration de l'image spéculaire chez l'enfant.

Dans les formes à désintégration profonde, nous avons étudié *les activités orales* aussi bien spontanées que le réflexe oral, visuel et tactile. Cette activité se rapproche de celle du nourrisson et va

le plus souvent de pair avec un réflexe de préhension forcée, de désordres du tonus musculaire et de troubles oculo-moteurs à type d'agrippement du regard. Ceci n'est pas sans intérêt car ces associations trop régulières ne peuvent pas être accidentelles et l'ensemble de la régression se rapproche du comportement archaïque du nourrisson et du petit mammifère.

Chez tous ces sujets nous avons étudié les déficits opératoires dans le sens de Piaget. Ces recherches nous ont montré que dans le cadre d'une même épreuve l'ordination hiérarchique des différents stades est toujours respectée. Ceci n'exclut pas, bien sûr, des fluctuations d'un moment à l'autre mais ces fluctuations, si elles font passer le malade d'un stade à l'autre, ne le font pas « brûler » des stades, quoiqu'il existe une non-homogénéité relative dans le cadre des différents stades.

Si nous abordons ce problème sur le plan des *niveaux de désintégration* nous arrivons à décrire trois groupes :

1. Personnes âgées sans troubles de la mémoire apparents à notre examen clinique, sans déficit neurologique mais présentant déjà des difficultés dans les épreuves à grande densité opératoire, en particulier dans la représentation graphique de l'espace projectif (cubes, maisons en perspective) ;

2. Malades atteints de troubles amnésiques variables sans signes neurologiques mais présentant des déficits très marqués à toutes les épreuves faisant appel à l'opérativité et l'organisation de l'espace alors que les facteurs dits instrumentaux ne sont pas touchés. Dans la représentation graphique de l'espace, seul le rapport topologique et le rapport des angles sont bien conservés ;

3. Malades atteints des troubles de la mémoire d'une importance voisine de ceux du groupe pré-

cedent et présentant des troubles neurologiques (préhension forcée, hypertonie d'opposition, stéréotypies motrices, adhérences du regard), des troubles du langage, de petits troubles praxiques idéatoires et idéomoteurs, une désorganisation complète des praxies constructives portant jusqu'au rapport topologique simple.

Cependant, si les similitudes entre le comportement des enfants et le comportement des vieillards sont frappantes, les différences sont aussi instructives. En effet, chez les vieillards nous devons tenir compte dans la désorganisation de facteurs tels que l'oubli, les contraintes perceptives, la fatigabilité qui peuvent entraîner des fluctuations dans leurs performances. Lors de l'utilisation de nos épreuves chez les vieillards nous devons également tenir compte des moyens de facilitation qui, quoique n'étant pas spécifiques de la sénilité puisque l'adulte et l'enfant les emploient également, sont extrêmement importants dans l'utilisation de nos épreuves. Les réussites sont facilitées lorsqu'on donne aux vieillards la possibilité de résoudre une tâche par approches successives, lorsqu'on diminue le nombre d'éléments à manier, lorsqu'on utilise la verbalisation de l'action réelle ou virtuelle en cours — soit par le vieillard lui-même soit par l'expérimentateur — lorsqu'on lui permet une manipulation.

Notre but lors de ces études n'est pas d'opposer les désintégrations globales aux désintégrations partielles mais de montrer et d'essayer de comprendre comment, lors d'une détérioration progressive, se produisent des dissolutions de fonctions, se rapprochant de celles de l'enfant, sans oublier d'établir les différences qui s'imposent.

Aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte la symptomatologie doit être comprise non seulement en soi mais par rapport à l'ensemble de la désorganisation dont elle est la figure par rapport à un fond modifié.

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE DE L'ESSAI CLINIQUE DE LA PROPÉRICIASINE (8909 R.P.) DANS L'ANXIÉTÉ *

Yves ROULEAU et Jean-Yves GOSSELIN,

Service de psychiatrie,
Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

Lorsque nous avons commencé l'évaluation clinique de la propériciasine (8909 R.P.) (figure 1) dans l'anxiété, la difficulté de ce travail s'est tout de suite imposée. S'il est relativement facile d'apprécier les effets thérapeutiques d'une drogue sur un symptôme isolé, comme l'excitation psychomotrice ou le ralentissement psycho-moteur que nous avons étudié avec le Majeptil et le Surmontil, devant l'anxiété, le problème est tout à fait différent.

Ici l'évaluation qualitative et quantitative de l'anxiété est souvent très subjective, l'appréciation de l'amélioration de cette anxiété est ardue en raison des facteurs endogènes et exogènes indépendants de la drogue ou du thérapeute.

Nous avons tenté d'établir un plan de travail réunissant les meilleures conditions possibles dans le milieu où nous travaillons.

Le matériel comprend des patients ambulants du Service externe psychiatrique d'un hôpital général.

Ces patients présentent des symptômes d'anxiété dans la sphère neuro-végétative (spasmes divers, tachycardie, tremblements, etc.) et dans le système musculaire strié et aussi les signes psychologiques de l'anxiété : état d'alerte, appréhension, peur sans fondement, craintes continuelles. Comme contrôle, nous nous sommes basés sur notre expérience antérieure avec ce genre de patients,

sur la comparaison avec les médications antérieures déjà utilisées par ces patients et sur une épreuve à double insu avec un placebo.

Le choix des patients est fait au hasard sans que le clinicien ou le patient soit au courant. De plus, tous les patients passent l'échelle d'anxiété de Cattell, l'I. P. A. T.

Ce travail a débuté au début de l'année et 72 malades ont été suivis jusqu'à présent. Lors de

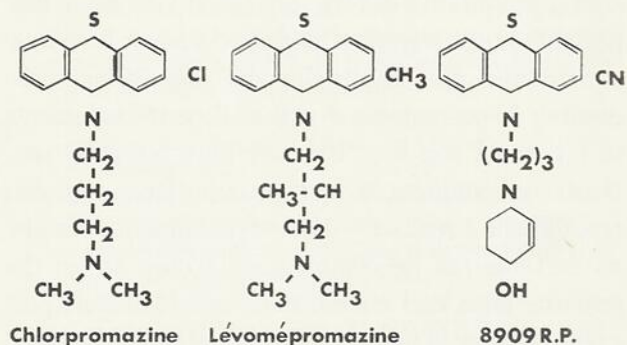


Figure 1. — Formules chimiques comparées.

la compilation des fiches, nous nous sommes aperçus que les deux cliniciens, sans consultation préalable, avaient choisi le même genre de patients.

Le plus grand nombre de ceux-ci comprend des femmes, dont l'âge moyen est de 40 ans, qui présentent des symptômes d'anxiété chronique avec exacerbation. Patientes qui, depuis des années, consultent des médecins ou des psychiatres pour des plaintes physiques, céphalées de tension, amaigrissement, tous les signes classiques de l'anxiété

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

avec, aussi, de l'impatience, de l'irritabilité et de l'agressivité. Elles ont une immaturité affective et vivent dans des milieux familiaux à conflits constants, par exemple, mari alcoolique, famille nombreuse. Toutes ont déjà pris de nombreux médicaments anxiolytiques. Leur milieu socio-économique va de la moyenne inférieure au degré le plus bas. Les hommes sont la contre-partie de ces femmes, des insécures, passifs-dépendants.

Durant l'essai clinique, après quelques semaines de contrôle, nous devons dire que le clinicien devine chez plusieurs patients qui prend le placebo ou la drogue, à cause des effets pharmacologiques de celle-ci.

Au début, nous donnions 10 mg, t.i.d., avant les repas. A cette dose, la médication est mal tolérée chez la plupart des patients qui se plaignent de somnolence, d'hypotonie musculaire, de tachycardie et d'autres, de symptômes extrapyramidaux.

Nous avons, par la suite, réduit la dose à 5 mg t.i.d. mais la tolérance est difficile pour les mêmes raisons.

Le traitement psycho-pharmacologique des patients ambulants diffère, au début, de celui des patients hospitalisés. Chez ces derniers, les effets secondaires ont habituellement peu d'inconvénients : le patient est averti et il peut facilement se reposer à son lit. En cure libre, chez les patients qui vaquent à leurs occupations, ceci est très difficile à réaliser. Il est évidemment possible en certains cas de commencer la cure en fin de semaine mais ceci encore n'est pas réalisable par exemple, chez la mère de famille qui doit travailler tout le temps.

Nous avons alors adopté la formule suivante : comme l'insomnie est souvent présente, la prise du médicament est beaucoup mieux tolérée dans la soirée et au coucher. Cet horaire évite la prescription d'un somnifère et réduit les effets secondaires de façon sensible.

Le tableau I illustre les résultats obtenus chez 72 sujets.

Nous n'avons pas encore fait la compilation de l'échelle d'anxiété de Cattell, aussi les critères d'amélioration furent la disparition subjective des

TABLEAU I

Résultats obtenus chez les 72 malades

MÉDIATEUR	NOMBRE DE CAS	RÉSULTATS	
		Améliorés	Non améliorés
8909 R. P.	52	31	21
Placebo.	20	6	14

symptômes tel que rapporté par les patients et la constatation du clinicien. En comparant cette médication avec les autres anxiolytiques en fonction de notre expérience antérieure, le 8909 R.P. possède un effet anxiolytique mais nous ne serions pas portés à donner cette médication comme premier choix ; nous préférons encore d'autres tranquillisants comme Equanil, Librium, etc., qui apaisent les malades, diminuent les symptômes avec peu d'effets secondaires et surtout chez les patients ambulants. Il se peut que nous-mêmes nous nous sentions plus en sécurité avec ces médications que nous connaissons depuis quelques temps.

Cependant, il faut remarquer que l'échantillonnage des patients comprend des cas chroniques peu améliorés par les médications antérieures et qu'un grand nombre de ces patients ont tout de même bénéficié jusqu'à présent de cette médication, surtout de façon qualitative ; le fait le plus frappant fut l'amélioration parfois importante ou la diminution significative des symptômes d'irritabilité, d'impatience, des crises de colère, de l'agressivité, se manifestant par des cris, des tempêtes continuelles avec les enfants et le mari et ceci sans que les circonstances familiales et sociales ne changent.

Les patients nous racontent qu'ils se sentent plus calmes, moins malins, plus reposés et moins portés à faire des crises de nerfs.

C'est ce facteur qui, jusqu'à ce jour, a le plus attiré notre attention.

Nous continuons l'essai clinique car nous sommes convaincus qu'il faut au moins un recul d'un an pour pouvoir apprécier à juste titre, une médication nouvelle. Nous avons déjà l'impression que cette drogue est certainement anxiolyti-

que mais son mode d'emploi nous semble plus compliqué qu'avec les autres, les effets secondaires au début, sont plus marqués, cependant avec la technique de prescrire le médicament dans la soirée et au coucher, comme nous l'avons signalé plus haut, il est possible de travailler avec des patients de clinique externe.

Cette étude n'est qu'un rapport préliminaire d'une observation de quelques mois.

BIBLIOGRAPHIE

1. BEAUSEIGNEUR-NUYTS, T., VALLET, R., et le VIET, M.-Q., Etude psychopharmacologique du 8909 R.P. par les échelles d'évaluation psychiatrique de Wittenborn, *Encéphale*, 53 : 405-413, 1964.
2. BERTHIER, Ch., LAMBERT, P.-A., BROUSSOLLE, P., ACHARENTRE, A., et BECACHE, A., Etude clinique d'un nouveau neuroleptique, le 8909 R.P., *Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
3. CHANOIT, DESHAIES, MIGNOT, ROUQUETTE, SIVADON et de VERBIZIER, Étude thérapeutique d'un nouveau neuroleptique : la propériciazine, *Presse méd.*, 71 : 339-340, (9 fév.) 1963.
4. CHANOIT, P., DESHAIES, G. MIGNOT, H., SIVADON, P., et de VERBIZIER, J., Une indication particulière du 8909 R.P. : les troubles du caractère, *LXI^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Anvers, (9-14 juil.) 1962.
5. DESHAIES, G., Les effets cliniques du 8909 R.P., *Encéphale*, 60 : 602-607, (nov.-déc.) 1962.
6. DOUSSOT, A., LALLEMAND, Y., LE BORGNE, Y., et MAHEU, L., Données expérimentales sur l'action clinique d'un dérivé cyane de la phénothiazine, la propériciazine (8909 R.P.), *Rev. neuro-psychiat. l'Ouest*, 1 : 47-51, 1963.
7. ERNST, J., CHOTEAU, Ph., COUSIN, J., et VOUTERS, C., Intérêt du neuleptil (8909 R.P. en psychiatrie infantile, *LXII^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Marseille, (7-12 sept.) 1964.
8. GALLANT, D. M., BISHOP, M. P., et GALLANT, J. C., A preliminary reevaluation of SKF 20,716 (Propériciazine) in chronic schizophrenic patients, *Curr. Ther. Res.*, 6 : 597-598, (sept.) 1964.
9. GAYRAL, L., PUYELO, R., TURNIN, J., et JACQUOT, D., Étude par les techniques d'expression notamment picturale de l'activité thérapeutique de la propériciazine (neuleptil) sur les troubles du comportement chez l'enfant, *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Marseille, (7-12 sept.) 1964.
10. GAYRAL, L., ROUX, G., TURNIN, J., et CARRIE, J., Note sur l'emploi de la propériciazine, 8909 R.P. (neuleptil) pour le traitement des troubles du caractère chez les enfants et les adolescents, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
11. GRAMBERT, POUGET, GAMBS, CHAMPEAU, MARINIER, AUGE et HOUIN, Résultats cliniques obtenus par le 8909 R.P. dans diverses affections mentales en milieu psychiatrique, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy (9-14 sept.) 1963.
12. JOULOU, L., COURVOISIER, S., DUCROT, R., FURNEL, J., BARDONE, M.-C., LEAU, O., et MYON, J., Étude des propriétés pharmacologiques générales de la cyano-3 « (Hydroxy-4 piperidyl-L)-3 Propyl »-10 phénothiazine ou propériciazine (8909 R.P.), *C.R. Soc. Biol.*, 157 : 1242, 1963.
13. MÉDÉVIELLE, A.-M., POIREL, C.-H., et HILLAITER, P., La propériciazine injectable neuroleptique d'urgence dans les comportements d'agitation (à propos de quelques notes d'observation cliniques), *LXII^e Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Marseille (7-12 sept.) 1964.
14. MILLON, R., DELORME, E., et MOREAU, H., Premiers essais thérapeutiques d'une nouvelle phénothiazine, la propériciazine 8909 R.P. en psychiatrie infantile hospitalière, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
15. MILLON, R., SCHNETZLER, J.-P., AMÉYÉ, C., LAMAND, J.-C., Résultats thérapeutiques d'une nouvelle phénothiazine, la propériciazine, en milieu hospitalier psychiatrique, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
16. OULES, J., Action du 8909 R.P. (Propériciazine) sur les troubles caractériels des épileptiques, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
17. OULES, J., et CUBISOLLES, S., Résultats thérapeutiques obtenus avec le 8909 R.P. (propériciazine), *Ann. méd.-psych.*, 2 : 212-216 (juil.) 1963.
18. POMME, B., PLANCHE, R., GIRARD, J., et RIGAL, J.-P., Aspect de la sénescence pathologique et traitement par un nouveau neuroleptique, le 8909 R.P., résumé in : *Ann. méd.-psychol.*, 2 : 793, 1963.
19. POMME, B., PLANCHE, R., GIRARD, J., et RIGAL, J.-P., Traitement des troubles du caractère et du comportement en particulier chez les vieillards par un nouveau neuroleptique, le 8909 R.P., *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
20. SIZARET, P., et CASANOVA, B., Chorée variable de Brissaud et neuroleptiques, *Ann. méd.-psychol.*, 1 : 604-607, (avril) 1964.
21. THIÉBAUX, M., DAMON, P., et RABINOVICH, M^{me}, 8909 R.P. (Propériciazine) et schizophrénie, à propos de quelques observations, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
22. VALLET, R., LEVIET, M.-Q., et NUYTS, T., Essais clinique d'un nouveau neuroleptique, le 8909 R.P., *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.
23. VERDEAU-PAILLES, J., Expérimentation clinique d'un nouveau neuroleptique du groupe des phénothiazines (8909 R.P.) chez 34 malades présentant des troubles caractériels, *Société Moreau de Tours*, (28 janv.) 1963.
24. VOLMAT, R., BEAUDOIN, J.-L., COLLIN, J., ALLERS, G., et VITTOURIS, N., Essais clinique du neuroleptique 8909 R.P. (Propériciazine) sur une population de malades chroniques internes, *Gazette méd. France*, 70 : 1747-1760, 1963.
25. VOLMAT, R., BEAUDOIN, J.-L., COLLIN, J., NICOLAS-CHARLES, P.-J., et ALLERS, G., Action du 8909 R.P. (Propériciazine) sur les troubles du caractère, *C.R. Congrès de psychiatrie et de neurologie*, Nancy, (9-14 sept.) 1963.

MYTHS IN GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY*

A. E. MOLL†

INTRODUCTION

The title of this paper is *Myths in general hospital psychiatry* and not *Myths of general hospital psychiatry*, the latter implying a criticism of the efficacy and usefulness of psychiatric services in general hospitals, which is furthest from my mind as one of the earliest supporters of psychiatric services in general hospitals having spearheaded one such development at The Montreal General Hospital, no less than twenty years ago. Today most of us agree that amongst the major steps in the evolution of psychiatric services have been the dispersal of treatment facilities through out the community away from the remote mental institutions, the refusal to enchannel more money in the building of new mental institutions, a complete change in the therapeutic milieu in the existing mental hospitals, measures all leading to a modern invigorating approach in the fight against mental illness. This new era in psychiatry has been highlighted by the establishment of psychiatric services in general hospitals, a phenomenon which most of us psychiatrists heartily endorse. Notwithstanding the title of this paper I wish to make my position quite clear right from the start. I fully endorse the policy of general hospital psychiatry and I trust our Government will continue to encourage and foster this policy by supporting it both financially and in their planning for the future. Indeed, it is because of my firm belief in the absolute necessity of having an adequate psychiatric service in all general hospitals that I have

been prompted to record some of my thinking about existing misconceptions or out-and-out myths in general hospital psychiatry. The myths are numerous and in a twenty-minute paper I can only mention a few, as follows.

Myth No. 1 :

That a psychiatric service exists in a general hospital if provision is made for a psychiatric out-patient beds for the treatment of the more acute psychiatric illnesses, and for psychiatric consultation for the other departments of the hospital.

In my opinion the minimum requirement for a psychiatric service in a general hospital is the availability of the following facilities :

- a) An Acute Emergency Psychiatric Division, open twenty-four hours a day, every day of the week.
- b) An Out-Patient Psychiatric Division, the number of clinics per week depending upon the needs of the community served by that hospital. (At the Montreal General Hospital we hold five clinics per week in our Out-Patients and these are proving inadequate, with a waiting list of a minimum of three weeks at any one time throughout the year.)
- c) An In-Patient Division, with a minimum of ten percent of the total bed capacity of the hospital.
- d) A Day-Patient, or Day-Hospital Division.
- e) A Night-Patient, or Night-Hospital Division.
- f) A Consultation Division.
- g) A Home Care Division.

All the above services are intimately related to each other in the care of psychiatric patients, and none of them, by itself, can prove very effective.

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21, 1965.

† A. E. Moll, b.c.l., m.d.c.m., f.a.p.a., Professor of Psychiatry, McGill University, Psychiatrist in Chief, The Montreal General Hospital.

Myth No. 2 :

Some general hospitals claim that they are equipped to take care of acute psychiatric emergencies.

The question is, What psychiatric emergencies? Those occurring within the hospital structure, such as within the In-Patient Service of the Medical or Surgical Floors, or the psychiatric emergencies coming to the hospital from the community? For the management and care of the latter a well-structured psychiatric emergency service is imperative; i.e. a service which is open twenty-four hours of the day, every day of the week, equipped with a few beds for the immediate care of patients for a period of up to seventy-two hours, pending their proper disposal, with competent psychiatric staff available at all times and particularly at night-time and during week ends. (In our experience of over one thousand acute psychiatric emergencies treated in our Casualty in The Montreal General Hospital during the past year no less than forty percent were admitted at night-time.)

Myth No. 3 :

The availability of an emergency service which is limited to the care of occasional psychiatric emergencies occurring within the hospital.

A Psychiatric Emergency Service in a general hospital exists only when it can take care of all psychiatric emergencies at all hours of the day, every day of the week. Its location within the hospital is not of primary importance since it can function as part of the General Casualty Department of the hospital, provided it is endowed with the necessary facilities. Many acute psychiatric emergencies may require prompt medical or surgical treatment as well as psychiatric treatment (e.g. attempted suicides by poisoning, by gun-shot wounds or acute alcoholic states). On the other hand, in some hospitals it may prove indicated to have the Psychiatric Emergency Service situated in the psychiatric area.

Myth No. 4 :

That the availability of an adequate psychiatric emergency service will reduce the number of patients

requiring treatment in some of the other psychiatric facilities.

If it's true that prompt care of the psychiatric emergency very often can deal with a crisis in short order (and this is proven to be a fact also in many cases treated by the Home Care Service), it is also true that the better the Emergency Service the more the patients and therefore the more the need for other services. The better the service the more the demands on the part of the community, as evidenced by the findings that of all patients treated in a psychiatric emergency service during 1964, one third came freely on their own initiative and not because forced to seek help by members of the family, by social agencies, or by the police. On the other hand it has been our experience that whenever a waiting list for Out-Patient Clinic extends beyond a period of three weeks the number of patients seen in Casualty as acute emergencies rises in proportion, a proof of the interdependence between the different services.

In the study of the development of acute psychiatric services in the city thought has been given to the setting up of a central unit to which all psychiatric emergencies would report, and from there screened and distributed to the various treatment centres. In my opinion this system carries with it several handicaps for the following reasons :

a) Only the psychiatric staff at any general hospital is really competent to determine what types of cases are most suitable for treatment in the specific setting — be it the In-Patient, the Day-Patient or the Night-Patient. Indeed, I have found it necessary to restrict the authority of selection of patients for admission to the In-Patient Service to the Psychiatrist in charge of the In-Patient Service; for the Day centre to the psychiatrist in charge of Day Centre Division; for admission to the Night Centre to the psychiatrist in charge of the Night Centre Division.

b) The first and immediate contact with the acute emergency psychiatric patient, his relatives

and/or his friends, or witnesses who have accompanied him prove to be of great importance in the subsequent treatment of the case.

c) Under-graduate and post-graduate training is greatly enhanced by the availability of an acute psychiatric emergency service in the hospital.

Myth No. 5 :

That the availability of an adequate out-patient psychiatric service reduces the need for in-patient beds and for beds in the Day or Night Hospital.

It is obviously true the better the therapeutic facilities in the Out-Patient Department, the earlier the treatment offered of the patient suffering from anxieties and depressions, the less the number of acute episodes in such patients ultimately requiring treatment in the In-Patient Service, be it full time or part time. However, it is also true that the better the Out-patient psychiatric facilities the greater the demand on the part of the community and with it the greater the number of patients seen, leading to more demands for in-patient services.

Myth No. 6 :

That part-time hospitalization (Day Hospital and Night Hospital) can take care of all psychiatric cases, thus obviating the need of an In-Patient Service.

Though one of the first in establishing a Day Hospital and possibly the first in establishing Night Hospital treatment facilities in a general hospital setting, I have never been carried away by the wave of enthusiasm expressed in many quarters for these treatment facilities, certainly not to the point of claiming that part-time hospitalization is the ultimate answer in the treatment of psychiatric illness. Part-time hospitalization is an "additional" psychiatric service, indeed a very important one offering something specific to its own setting and permitting the treatment not only of psycho-neurotics but also of psychotics. The treatment setting however should be consonant to the phase of the illness through which the patient is passing at a given time. There are certain phases of mental illness

which require full-time hospitalization for at least a period of time, both for the sake of the patient and for the sake of the patient's family. Patients showing evidence of gross organic cerebral pathology, acting-out psychopaths, acting-out paranoids, acting-out adolescents — just to mention a few — are not suitable for treatment in a Day or Night Hospital.

Myth No. 7 :

That In-Patient psychiatric facilities of a general hospital can cope with all psychiatric disabilities.

Most psychiatric conditions, however acute, can be treated in a general hospital often better than in any other setting ; now the question is, for how long? Is it justifiable to keep a patient in the In-Patient Service for, say, more than two months? We all have patients who require prolonged treatment in a hospital setting, treatment extending over a period of several months, of a year, or longer. Such long-term cases usually do not do well in a general hospital setting, all so because of the lack of the necessary facilities — be they diversional, educational or rehabilitative ones. — In our experience most of the patients kept in the In-Patient Service for a period of, say, six months ultimately required transfer to a mental institution, and these patients were not all schizophrenic.

Myth No. 8 :

That an adequate Consultation Service for the other services of the hospital (Surgical, Medical and their sub-specialties) can significantly reduce the need for other psychiatric facilities.

This is Myth Number Eight. Today the turn-over of patients in a general hospital is so rapid that often the patient is discharged even before he can be seen by the psychiatrist. At The Montreal General Hospital, for instance, the average In-Patient stay is just about thirteen days. This applies to all patients, either medical or surgical. This short stay may allow a psychiatric assessment, but only an assessment. In a minority of cases such an assessment may be all that is needed, but in most cases the assessment

is only the preliminary step to treatment which has to be provided by any one of the psychiatric treatment facilities of the hospital. In our experience the more active the Consultation Service, the more requirements for expansion of all the psychiatric treatment facilities — In-Patient, Night-Patient, Day-Patient, Out-Patient and Home Care.

Myth No. 9 :

That adequate psychiatric treatment can be offered in situ on the non-psychiatric floors.

If it is true that some psychiatric treatment can and does take place *in situ*, i.e. on the surgical and medical floors, this only applies :

1. If the patient is kept in hospital long enough — and mention has already been made of the rapid turn-over of patients in a general hospital, and
2. If the Consultation Service is equipped with sufficient staff, and this should include a full-time psychiatric nurse who can visit the patient daily on the non-psychiatric floor, discuss the patient with the non-psychiatric nurses on duty on the floor and thus reduce their anxieties, and the services of a psychiatric social worker and of a

psychologist whenever indicated. Even with a competent consultation team the treatment of patients *in situ* may be somewhat handicapped since adequate milieu therapy cannot be obtained excepting in a psychiatric setting.

CONCLUSIONS

1. A few myths of general hospital psychiatry were briefly discussed.

2. The motivation in discussing these myths was not to belittle psychiatric services in general hospitals but, on the contrary, to foster more and better psychiatric services in general hospitals throughout the country for we firmly believe that :

- a) General Hospital Psychiatry has been the most important advance in the treatment of mental illness in recent years ;
- b) General Hospital Psychiatry can offer milieu therapy probably unequallyed in any other setting ;
- c) General Hospital Psychiatry offers the best possible approach in the comprehensive treatment of illness.

UN SERVICE DE CONSULTATIONS EN MILIEU PÉDIATRIQUE :

Contribution à l'étude des réactions de conversion chez l'enfant et l'adolescent *

Yvon GAUTHIER,

Hôpital Sainte-Justine, Montréal.

L'Hôpital pédiatrique est un milieu privilégié pour le psychiatre d'enfants. Il offre un matériel d'observation unique d'un grand nombre de maladies physiques, aiguës et chroniques, avec la possibilité d'étudier les réactions psychologiques de l'enfant aux prises avec un tel traumatisme. De façon plus particulière, il offre la possibilité d'observer l'utilisation des fonctions somatiques dans les situations conflictuelles, au moment d'une période difficile ou de l'entrée dans un stage nouveau de développement. Il offre aussi la possibilité d'un traitement à court terme (ou tout au moins d'une première approche thérapeutique) dans un milieu nouveau, bien structuré, qui donne à l'enfant souvent pour la première fois, la possibilité de rencontrer un groupe nouveau et hétérogène.

Une sorte de classification a été établie au cours des récentes décennies, des différentes réactions somatiques. Selon cette classification, il faudrait pouvoir différencier entre des symptômes de conversion (hystérique), des réactions psychophysiques, des réactions psychosomatiques. Suivant en ceci Prugh, je trouve de plus en plus difficile de pouvoir faire cette différenciation qui me paraît souvent très arbitraire : un diagnostic basé sur la nature du conflit, le niveau où semble se situer le conflit principal et la fonction somatique utilisée me paraît plus utile et plus proche

de la réalité clinique (en admettant toutefois que certaines somatisations semblent d'emblée plus graves — asthme, colite ulcéreuse, eczéma). Car ce qui est commun à toutes ces réactions c'est que l'une ou l'autre des fonctions somatiques, l'une ou l'autre d'un mécanisme vital, parfois plusieurs à la fois, sont utilisés pour exprimer la lutte intense qui se joue chez cet enfant. Sans doute avon-nous de plus en plus l'impression que nous ne pouvons plus réduire le symptôme de conversion à un conflit qui se situerait nécessairement à un niveau œdipien. De plus en plus, il faut se rendre à l'évidence que le symptôme somatique est accessible à tous les niveaux de développement, et qu'une personnalité plus ou moins évoluée peut utiliser de tels mécanismes ; notre travail est donc de retrouver, sans préjugé théorique, le lieu principal de la crise qui peut se trouver aussi bien à un stage oral qu'anal ou phallique-œdipien, et peut-être aussi à un niveau beaucoup plus superficiel.

Il ne semble pas y avoir de différence significative selon les sexes. A peu près tous les âges peuvent être touchés ; il faut pourtant une certaine évolution de la personnalité (organisation du surmoi), pour structurer un tel symptôme. Cependant on a publié certains cas où on parle d'hystérie dès l'âge de 2, 3 ou 4 ans. Dans un *follow-up* fait sur une période de 15 ans dans un grand centre métropolitain, Robbins et O'Neal (1953) n'ont finalement retrouvé que 27 cas pour lesquels ils ont posé le diagnostic d'hystérie (41 cas

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

en incluant l'hypochondrie et la névrose d'an-goisse) ; selon eux, le diagnostic serait très rare avant l'âge de 9 ans. Dans notre récente expérience, le début de l'adolescence (10 à 12 ans) et l'adolescence proprement dite nous ont paru comme une époque particulièrement favorable à l'éclosion de symptômes somatiques.

L'importance des facteurs culturels a été signalée et étudiée par beaucoup d'auteurs. Je note l'étude de Proctor (1958) qui note en Caroline du Nord une incidence de conversion hystérique beaucoup plus élevée que la moyenne observée ailleurs. Il l'attribue au fait que cet État du Sud est encore sous l'influence d'un enseignement religieux fortement entaché de magie, et d'un mysticisme d'orientation très punitive (*bible belt*). J'ai cru pendant un certain temps que les cas que nous voyions où l'hystérie semblait la plus floride, venaient justement de milieux encore primitifs, peu évolués. Nous devons pourtant nous rendre à l'évidence que cette corrélation semble peu significative et qu'il faut essayer de cerner la réalité hystérique avec des concepts qui soient plus proches de la structure psychique ou de l'influence familiale (qu'elle soit rurale ou urbaine).

Je ne m'attarderai pas sur chacun de ces points ; leur intérêt est grand et chacun pourrait encore faire l'objet d'une recherche intéressante. Je veux plutôt tenter d'illustrer, à travers quelques exemples cliniques, un aspect du problème de la conversion hystérique et de tout le problème de la somatisation en général (en excluant pour le moment les réactions psychosomatiques proprement dites), qui me paraît présenter un intérêt particulier pour notre travail en milieu pédiatrique : je veux dire cette résolution rapide des symptômes somatiques, dans une proportion de cas qui me paraît considérable, par opposition à certains cas qui démontrent au contraire une fixité symptomatique très grande.

Il semble y avoir en effet une tendance naturelle du symptôme somatique à se résorber rapidement, sous l'influence de facteurs non spécifiques : l'hospitalisation pour l'élimination d'une affection organique, la suggestion de manœuvres qui peuvent être ressenties comme menaçantes pour le

patient ou même volontairement présentées comme telles par le médecin, vont souvent avoir pour effet de faire disparaître le symptôme dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours.

Notre tâche devrait être d'utiliser le plus souvent notre connaissance de cette tendance naturelle du symptôme somatique, par l'application, prudente sans doute mais systématique, d'une technique interprétative, dès le ou les premiers contacts avec le malade. Nous avons en effet acquis, depuis les premières découvertes de Freud, une connaissance assez grande de la signification du symptôme somatique ou hystérique. Nous abordons donc naturellement le patient dans l'optique d'une théorie dynamique.

L'enfant et l'adolescent, d'autre part, sont constamment, et surtout à certaines périodes plus cruciales, dans un état de changement où l'introduction répétée d'énergie nouvelle nécessite un réarrangement constant de l'équilibre psychique. Ceci peut se faire ou se fait le plus souvent sans heurt ; selon des circonstances extérieures ou intérieures spécifiques cependant, cette réorientation peut donner lieu à un état de crise et nécessiter l'apparition du symptôme somatique.

Je cite ici Anna Freud : . . . « Les conditions des névroses infantiles sont totalement différentes de celles des névroses d'adultes. L'organisation libidinale de l'enfant n'est pas fixe, sa libido se mouvant continuellement vers de nouvelles positions. Telle pulsion partielle investie de libido à une certaine phase peut perdre tout intérêt à une autre. L'enfant ne demeure pas irrémédiablement fixé à la phase où sa régression l'a ramené. Dans les cas où cette fixation n'est pas excessive, la libido a des chances de se libérer de nouveau, portée en avant par la prochaine vague d'évolution. C'est aux époques où les besoins biologiques sont particulièrement puissants que cette possibilité est la plus grande, par exemple lors des poussées de la phase phallique (4 à 5 ans) et de la puberté . . . »

Une entrevue faite dans ces circonstances ne devrait donc pas être uniquement diagnostique. Elle devrait être immédiatement dirigée dans un sens thérapeutique, par l'interprétation aussi

rapide que possible des conflits qui apparaissent immédiatement accessibles à la conscience. Le plus souvent des événements récents, plus ou moins traumatiques, sont venus stimuler des affects intenses, latents jusque-là : l'interprétation devrait donc être dirigée vers la mise en lumière de la relation entre ces affects et le symptôme produit.

Je vois là un rôle très spécifique et particulièrement accessible au psychiatre d'enfants, étant donné cette matière très fluide avec laquelle il travaille (enfant), et particulièrement évidente dans les conditions de somatisation. Je voudrais illustrer cette thèse par quelques observations cliniques.

Jean-Pierre, 11 ans, est hospitalisé pour vomissements, perte de poids, douleurs abdominales. Il est vu en consultation psychiatrique environ une semaine après le début de son séjour à l'Hôpital. On découvre assez facilement que les symptômes se sont développés au cours des trois dernières semaines, à la suite d'un épisode où il a ri quand un camarade a dit le mot « pissette ». La maîtresse le surprend et met son nom au tableau. Il se voit incapable d'exprimer la peur et la colère qu'il ressent contre la maîtresse. Il devient alors obsédé à l'idée d'avoir peut-être dit des choses contre la maîtresse (ce qu'il n'avait pas fait), que peut-être elle l'avait su et était fâchée contre lui. Il a eu peur d'être puni et que ses parents en particulier soient mécontents de lui. Il a fait quelques rêves où ses camarades riaient de lui. Les symptômes somatiques ont alors graduellement apparus, aidés sans doute par une épidémie virale dans la localité.

Assez typiquement on découvre chez ce garçon une personnalité de type obsessionnel-compulsif : toujours premier de classe, il a toujours peur d'exprimer son agressivité, se sent mal quand parfois il le fait, se sent le besoin de redevenir aussitôt ami avec ceux avec qui il vient de se chamailler ; il est toujours sous le joug d'une culpabilité qui ne demande qu'à venir le troubler. Il a par ailleurs commencé à s'intéresser aux filles, mais cet intérêt a été de courte durée, les autres garçons ayant ri de lui quand il disait bonjour aux filles qu'il rencontrait.

Un contact facile et chaleureux avec cet enfant nous ayant permis d'obtenir dès la première entrevue le matériel que je viens de décrire, nous

avons immédiatement interprété à l'enfant que ses symptômes étaient probablement le résultat de cette conscience hyperdéveloppée qui commence à lui donner du trouble, qui l'a fait cette fois-ci de façon précise parce qu'il avait ressenti beaucoup de colère contre sa maîtresse, et peut-être contre les garçons qui avaient ri de lui. J'ai aussi abordé de façon superficielle que cette lutte pouvait se faire aussi autour du commencement d'intérêt sexuel qui se faisait jour chez lui.

Il n'y a pas eu d'autre contact avec ce garçon ; même les tentatives de rencontrer la mère (à trois reprises) pour histoire plus complète et interprétation ont échoué. Un contact téléphonique récent cependant nous apprenait que les symptômes sont disparus deux semaines après l'hospitalisation. Il a pris des tranquillisants pendant un mois. Il a bon appétit, a engraisé, est joyeux comme avant. Il va bien à l'école où il a été promu dans une classe plus avancée.

Ginette, 12 ans, est hospitalisée pour investigation de « crises convulsives » d'allure bizarre, faisant penser à de l'hystérie. Les symptômes ont débuté brusquement le jour où le père, hospitalisé d'urgence dans un état comateux, est opéré avec succès pour une tumeur cérébrale ; ils ont réapparu quelques semaines plus tard, après que le père fut revenu à la maison, gardant quelques séquelles au niveau de la marche. Pour elle, cette maladie du père est l'œuvre de Dieu, d'un Dieu conçu comme un maître qui vient demander la charité, i.e. un malheur. Ce malheur, c'est la maladie du père qui vient réveiller en elle des fantaisies qu'elle a souvent eues. Ses imaginations d'une maladie inguérissable qui viendrait la frapper exprimaient un sentiment de culpabilité à l'idée que son père avait tendance à être de son côté quand sa mère la disputait parce qu'elle se couchait trop tard pour étudier. Les pertes de connaissance ont donc immédiatement été perçues comme cette maladie inguérissable qu'elle devait avoir, voyant la terrible maladie dont son père était frappé.

Ici aussi, devant un enfant qui pouvait nous révéler avec beaucoup d'affect, l'histoire de ses symptômes, nous avons interprété immédiatement le lien entre son sentiment de culpabilité, la forme particulière que la punition devait prendre et les symptômes qu'elle avait développés en relation avec la maladie de son père.

Les symptômes disparurent et l'enfant retournée chez elle, nous obtenions une histoire qui nous mettait en face d'un milieu social ravagé depuis

longtemps par des conflits ouverts entre les parents. La mère a semblé consciente du fait que Ginette semblait particulièrement affectée par ce milieu familial. Elle devait nous rappeler pour que nous puissions revoir ce problème et l'évaluer plus à fond ; nous n'avons eu aucune nouvelle depuis six mois. Un téléphone récent nous apprend qu'elle a fait une autre perte de connaissance le jour où son père est entré à l'Hôpital d'urgence. Elle va bien à l'école, engraisse et ne présente pas d'autres symptômes physiques. Il n'y a pas eu d'autre consultation en médecine. La mère fait attention pour ne pas trop se chicaner avec son mari.

Francine, 12 ans, est hospitalisée depuis deux semaines pour des symptômes variés : céphalées, étourdissements, myalgies, photophobies. Un syndrome grippal avait d'abord précédé ces symptômes mais l'investigation n'avait révélé aucune lésion organique. On découvre en entrevue une adolescente qui semble se trouver, de façon très caractéristique, coïncée entre deux tendances contraires : elle est grande maintenant, elle ne fait plus fâcher sa mère, elle songe à ce qu'elle va faire quand elle aura 19-20 ans ; elle songe au mariage tout en le reportant à l'âge de 24 ans. D'autre part elle sait qu'elle a été gâtée par sa mère, étant fille unique, et elle ressent des désirs de revenir en arrière. Elle trouve difficile d'abandonner les satisfactions infantiles, elle avoue avoir le goût d'avoir encore 3 ou 4 ans et de se faire bercer par ses parents. Dans cette ligne, on note avec intérêt qu'elle a beaucoup engraisé depuis un an, car elle mange tout le temps.

On découvre aussi que cette petite fille essaie de nier les reproches qu'elle se fait d'avoir été adoptée à la place de son frère de 14 ans, et d'avoir joui par conséquent d'un traitement de faveur par rapport à lui. Ce conflit s'éclaire considérablement quand une rencontre avec la mère nous fait voir un milieu qui continue de considérer cette enfant comme différente des autres et la gâte donc beaucoup parce qu'elle vient d'un milieu original très complexe.

Le travail interprétatif, fait immédiatement avec cette enfant intelligente dont la capacité d'*insight* apparaissait d'emblée très grande, s'est accompagné ici d'une entrevue faite dans le même sens par la travailleuse sociale avec la mère. Deux semaines après son départ de l'Hôpital, un *follow-up* montrait déjà une grande amélioration dans les symptômes de l'enfant, et l'utilisation par la mère de ses ressources émotives pour aider

l'enfant à s'adapter de façon plus consciente à cette phase nouvelle.

Un nouveau *follow-up* nous apprend que les symptômes ont disparu sauf en période d'examen où apparaissent quelques nausées et céphalées, et une diminution de l'appétit. Il n'y a plus de nausées et vomissements. Les résultats scolaires se maintiennent à l'école où elle est plus débrouillarde. Il n'y a pas eu de nouvelles visites en médecine. Il y a eu une nette amélioration dans son caractère.

Cécile, 14 ans, est amenée d'urgence d'Abitibi. Elle a fait depuis deux semaines des pertes de connaissance à répétition avec chutes et faiblesse des membres inférieurs, sans cependant s'occasionner de blessure.

Au moment du premier examen elle a déjà recommencé de marcher quoique avec difficulté. Elle dit qu'elle a décidé de ne pas rester infirme pour le reste de ses jours comme le lui a suggéré une dame à l'Hôpital en Abitibi où elle est restée quelques jours. On découvre assez rapidement trois sphères où il est fortement suggéré qu'il y a conflit intérieur.

Premièrement, elle est pensionnaire depuis quelques mois dans un Juvénat avec l'intention de devenir religieuse. La décision n'a pas à être prise avant trois ans mais Cécile semble en conflit autour de cette décision. Elle pense ouvertement à se marier quand elle sera plus vieille. On note avec intérêt que quelque 10 jours avant le début des symptômes, elle a assisté à une prise de voile qui l'a beaucoup impressionnée. Deuxièmement, il y a à peine un an, un bébé très attendu après neuf ans sans enfant, est né dans la famille. Cet enfant était atteint d'un bec-de-lièvre. Cécile a été très frappée de cette malformation et s'est beaucoup inquiétée s'il redeviendrait normal ou non. Elle est très attachée à ce garçon qui demande beaucoup de soins et a été opéré environ trois mois avant le début des symptômes. Troisièmement, Cécile n'est pas allée à la maison depuis Noël ; elle voudrait bien y aller et constater les progrès faits par l'enfant, mais elle se reproche de tels désirs et comptait n'aller à la maison qu'à Pâques.

J'ai, dans ce cas, interprété immédiatement la signification du symptôme comme un moyen de couper complètement avec les sentiments conflictuels qui se jouaient en elle, mais aussi comme un moyen de réaliser son désir d'aller chez elle. Dans une deuxième entrevue, j'ai surtout discuté avec elle le conflit autour de la vie religieuse.

Un *follow-up* a été tenté ici dans les mois qui ont suivi. Les parents ont semblé prêts à collaborer, mais devant la distance à parcourir (Abitibi), le fait que les symptômes avaient complètement disparu et que l'adolescente allait très bien à l'école, nous n'avons pas insisté. Aux dernières nouvelles (novembre) tout allait très bien.

Ces cas illustrent assez bien je crois, que la somatisation peut être utilisée particulièrement au début ou pendant l'adolescence, dans une tentative de résolution de conflits aigus, provoqués souvent par des incidents mineurs mais qui touchent des affects intenses qui sont proches de la conscience, par conséquent facilement accessibles. Je suggère donc que, autant que possible, on utilise alors une technique interprétative qui essaie d'établir immédiatement le lien entre les symptômes et les affects disponibles. J'ai observé que cette technique aidait à une résolution rapide des symptômes et pouvait être une expérience importante pour l'enfant, en lui communiquant cette dimension nouvelle dans la compréhension de ses expériences intérieures : à savoir que des luttes internes peuvent conduire à un mal fonctionnement du corps.

La disparition des symptômes diminuera sans doute une motivation déjà rarement existante, mais il y aura un élément nouveau dans le tableau : un certain *insight* obtenu à partir de l'interprétation et le savoir de la possibilité d'une expérience psychothérapeutique plus complète si elle devient nécessaire.

J'ai impliqué que la présence de certains éléments était une indication à l'utilisation de cette technique interprétative : un stage de développement crucial, une situation conflictuelle claire, l'accessibilité des affects et une capacité d'*insight*. Il existe pourtant des cas où, malgré la présence de ces éléments et l'utilisation de cette technique, les symptômes demeurent dans toute leur intensité.

Je voudrais illustrer et discuter ce point à la lumière d'un cas particulièrement intéressant.

France, 14 ans, perd la sensibilité et la motricité au niveau de la main droite, environ une semaine avant que nous la voyions. Elle est hospitalisée d'urgence et tous les examens éliminent une

affection neurologique. Dès la première entrevue avec cette adolescente verbale, on découvre des événements précis qui ont immédiatement précédé l'apparition des symptômes.

Il s'agit en effet d'une jeune fille qui aime beaucoup écrire, de la poésie en particulier, et qui a désiré depuis plusieurs mois être chargée dans sa classe d'un journal, qui devait être publié à l'école secondaire où elle va. Son professeur, pourtant, ce jour-là, décide de choisir une autre fille, Danielle, pour des raisons assez superficielles, semble-t-il, comme « France apprend l'espagnol, ça va être trop pour elle ». France devait plutôt jouer le rôle de taper à la machine ce que Danielle composerait. France en est profondément déçue et en colère, et c'est quelques heures à peine après qu'elle développe les symptômes décrits (alors qu'elle était en train de mettre des mots masculins au féminin et vice-versa).

Autour de cet événement on découvre les défenses qu'elle utilise contre ses désirs de gloire et d'admiration. Elle avait imaginé par exemple qu'elle ferait signer par Danielle les articles qu'elle écrirait, même avant son désappointement. Elle insiste beaucoup pour séparer l'œuvre produite par un auteur et l'admiration pour la personne elle-même. Elle remet à beaucoup plus tard l'admiration qu'elle pourrait obtenir en écrivant, le succès obtenu trop vite est dangereux pour l'avenir. Ses activités littéraires ont récemment fait l'objet des prohibitions de la mère, qui commençait à trouver que France négligeait ses études et se fatiguait beaucoup trop. France raconte les stratagèmes utilisés pour contourner cette prohibition, comme d'écrire à l'école seulement et non à la maison : mais même à l'école elle sentait la défense maintenant intériorisée de la mère.

La composante agressive apparaît aussi dans l'expression de ses désirs de serrer, de briser, de casser quand elle se met en colère ; si elle se laissait aller en fait elle aurait tendance à griffer, égratigner, frapper, gifler, mordre. Elle a toujours peur de faire de la peine à ceux contre qui elle se fâche et l'on sent qu'elle se défend par des mécanismes de formation réactionnelle contre ses violences.

L'interprétation rapide du conflit autour de l'agressivité stimulée par le geste du professeur, de même que le conflit autour de l'écriture n'amène pas de changements symptomatiques.

Au cours d'entrevues subséquentes, plusieurs thèmes ont été élaborés. Le thème érotique a

été suggéré à partir de la réaction intense qu'elle a eue après que le neurologue ait fait, sans avertissement préalable, une entrevue à l'Amytal dans le but d'évaluer le degré de force musculaire qui lui restait, quand elle était sous l'influence de ce médicament. Elle a immédiatement élaboré toutes sortes de fantaisies sur ce qui lui avait été fait, fantaisies qui annonçaient déjà un matériel futur très chargé. Ses craintes des garçons et des hommes furent discutées, son agressivité rapidement tournée en sens contraire, l'investissement énorme de l'acte d'écrire (visites à la radio et à la télévision), l'opposition de la mère à la profession d'écrivain associée à une dégradation sexuelle, le père faible mais intéressé à la culture, furent autant de thèmes touchés et discutés avec beaucoup d'affect par cette patiente.

Dans la semaine qui précède son congé de l'hôpital apparaissent des sentiments de défiance vis-à-vis son médecin traitant et vis-à-vis moi : elle a l'impression qu'on la trompe, que ce qu'on dit n'est pas vrai, et elle commence à élaborer des projets de fuite.

Une semaine après son retour à la maison, elle tombe endormie à l'école pendant un cours de dessin, elle est amenée d'urgence à l'Hôpital où elle se réveille rapidement et l'hospitalisation est décidée, en psychiatrie cette fois. Après quelques jours qui n'ont pas paru différents, est graduellement apparu un matériel nouveau : elle devient agressive contre le médecin qui dirige le département interne, le prend comme objet de son agressivité qui est au fond dirigée contre les garçons qui veulent pénétrer de force dans sa chambre. Elle perd connaissance plusieurs fois et commence à se sauver du département. L'agression devient dirigée contre moi et, finalement, après une attaque contre mon divan (biscuits soda) elle exprime ouvertement ses fantaisies que je suis donc « un médecin comme cela », c'est donc cela que je fais avec mes patientes, c'est donc pour cela que je ne peux la voir tous les jours comme elle le voudrait. Des fantaisies sexuelles sont immédiatement projetées sur celui qu'elle aime, et elle croit qu'il va l'attaquer et la forcer sexuellement à faire des choses mauvaises. Ainsi s'explique le sentiment qu'elle ne peut se fier à personne. Elle veut donc se sauver du Service interne pour se défendre contre cette attaque, car c'est sûrement pour cela que nous la gardons à l'Hôpital.

Il nous est alors apparu que cette adolescente était en train de perdre contrôle. Il devenait assez clair que l'anxiété chez elle débordait et la forçait d'utiliser des mécanismes exagérés, et que

cette anxiété était stimulée par une situation hospitalière qui touchait de trop près cette crainte d'être enfermée et violée. Les circonstances nous ont offert une porte de sortie heureuse : le neurologue, en effet, sentait le besoin d'une investigation plus complète dans ce cas, à cause surtout d'électro-encéphalogrammes qui étaient anormaux. Le premier électro-encéphalogramme (première hospitalisation) « ne montrait pas d'anomalie franchement localisée ; par contre il révèle la présence d'un processus potentiellement épileptique, prenant probablement origine au niveau des structures diencephaliques ». Un deuxième électro-encéphalogramme (après perte de connaissance) « met en évidence un processus extrêmement actif, très probablement d'origine mésodiencephalique et compatible avec épilepsie idiopathique petit mal ou grand mal. Certaines décharges étant par moment plus marquées cependant au niveau de l'hémisphère gauche, et en particulier au niveau de la région frontale gauche, elles ne permettent pas d'éliminer un processus épileptique secondaire à une lésion organique et à des décharges originant dans cette région. » Un troisième électro-encéphalogramme fait après une médication spécifique (Trimedone 300 mg, t.i.d.) « est strictement normal, etc. »

Il a donc voulu compléter l'investigation par la pneumo-encéphalographie et l'artériographie. Pour ce faire, le transfert a été opéré sur l'étage de neurologie et l'anxiété de l'enfant a considérablement diminué. Les examens ont été faits et se sont avérés négatifs. Le congé a été donné peu de temps après.

France est retournée à l'école où l'adaptation a été satisfaisante. Je continue de la suivre à raison d'une fois par semaine, et après une période assez longue où le matériel a surtout porté sur ses sentiments agressifs contre Danièle et le professeur, nous recommençons à nouveau de pouvoir travailler sur le matériel de nature sexuelle : ses fantaisies agréables d'être aimée, embrassée par un homme, à condition qu'il soit loin (à la télévision), mais s'il est proche, surtout s'il est grand, alors elle entre en panique.

Nous sommes en droit de nous demander : Qu'est-ce qui cause la différence entre France et les cas rapportés plus haut ?

1° S'agit-il simplement d'une observation inadéquate et aurions-nous trouvé le même genre de matériel si nous avions poussé l'investigation des premiers cas ?

2° L'organicité de base retrouvée chez France et qui semble avoir subi quelques variations au cours de la deuxième hospitalisation, expliquerait-elle que le symptôme demeure? ou au contraire serait-ce justement l'anxiété devenue beaucoup plus intense qui aurait réveillé ce « foyer potentiellement épileptique? »

3° Faut-il plutôt faire appel à une hypothèse énergétique : Y aurait-il des variations significatives dans la quantité des énergies soudainement disponibles au psychisme adolescent ; et le moi devrait-il alors faire appel en face de cette énergie immense, à des mécanismes globaux, beaucoup plus rigides et qui prennent beaucoup plus de temps à se résorber. Dans le cas de France, la projection, qui atteint presque le stade paranoïde, devient intense et la paralysie de la main et du bras est globale. Pour faire face à une irruption soudaine et massive d'énergie agressive et sexuelle, se peut-il que la formation réactionnelle (la transformation en amour) ne suffise pas et ne soit pas possible aussi brusquement? il faut un mécanisme plus global, plus immédiatement accessible et qui contrôle d'un coup cette masse d'énergie : la conversion.

4° Ou bien faut-il croire que cette névrose était déjà bien organisée, depuis la toute petite enfance? qu'elle avait déjà commencé de se manifester de différentes façons, mais que l'activité littéraire avait pu canaliser une bonne dose des conflits de l'enfant? qu'il a fallu, au fond, un incident mineur dans ce terrain bien préparé pour faire éclater toute l'anxiété? qu'il était demeuré chez elle une tendance à l'expression physiologique immédiate de l'émotion et que l'acquisition du langage et de l'expression littéraire a dû être court-circuitée devant l'intensité des affects mis en jeu?

CONCLUSIONS

Un certain nombre de conclusions me paraissent valables au terme de ce court travail.

1° Les phénomènes de somatisation sont fréquents chez l'enfant, de façon particulière au début ou au cœur même de l'adolescence. L'hôpital pédiatrique est un lieu privilégié pour l'observa-

tion des phénomènes de somatisation et de leur déroulement naturel.

2° A cause de la grande fluidité de la structure psychique chez l'enfant, il semble que les phénomènes de somatisation aient tendance à disparaître rapidement sous l'effet, de manipulations variées. J'ai voulu suggérer ici une technique bien spécifique, qui tente d'aller immédiatement au cœur du problème. Il s'agit, par une approche interprétative, d'utiliser au maximum la tendance du symptôme somatique à se résorber rapidement : le thérapeute a en effet peu de temps à sa disposition ; il faut, d'autre part, essayer de donner au patient une idée de la dimension psychologique de son mal, et par conséquent de la dimension psychothérapeutique.

Le rôle du travailleur social dans ce secteur me paraît aussi essentiel, pour obtenir et compléter l'histoire du développement et du milieu familial, et amorcer avec les parents un travail semblable à celui qui est commencé avec l'enfant.

3° Au plan théorique, le problème demeure entier. L'observation d'un certain nombre de cas de somatisation, où cette technique a été utilisée, nous a permis de voir combien certains cas se résorbent rapidement, par opposition à d'autres qui ne bougent pas, malgré la présence des critères normalement utilisés pour faire l'interprétation. Cette évolution différente nous a fait poser certaines questions sur les aspects structuraux et énergétiques des phénomènes de somatisation, et aussi sur une fixation et un retour à un stage qui précède l'utilisation du langage.

4° J'ai voulu en même temps illustrer un certain type de travail : la consultation pratiquée en milieu pédiatrique. Ce travail peut sembler à plusieurs non scientifique (et aussi peu agréable) à cause de la rapidité du contact avec le malade. La technique interprétative que je suggère peut pallier, en partie, à ce désavantage. La vraie solution pourtant pourrait se situer dans l'organisation d'un *follow-up* régulier, même peu fréquent, qui pourrait nous faire connaître beaucoup mieux, l'histoire naturelle des réactions somatiques et nous permettrait aussi de suivre en traitement intensif, les cas qui nous apparaîtraient en avoir

un plus grand besoin, ceux chez qui la réaction somatique n'aurait été que le premier signe d'une maladie beaucoup plus grave.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRAZELTON, T. B., The pediatrician and hysteria in childhood, *Nerv. Child*, 10 : 306, 1953.
2. FREUD, A., Le traitement psychanalytique des enfants, P. U. F., 1946.
3. KAUFMAN, I., Conversion hysteria in latency, *J. Amer. Acad. Child Psychiatry*, 1 : 385, 1962.
4. PROCTOR, J. T., Hysteria in childhood, *Amer. J. Orthopsychiatry*, 28 : 394, 1958.
5. PRUGH, D. G., Toward an understanding of psychosomatic concepts in relation to illness in children, in SOLNIT et PROVENCE, Modern perspectives in child development, *International Universities Press*, 1963.
6. ROBBINS, E., et O'NEAL, P., Clinical features of hysteria in children, with a note on prognosis. A two to seventeen year follow-up study of 41 patients, *Nerv. Child*, 10 : 246, 1953.

CONDITIONAL REFLEX STUDIES ON THE EFFECT OF PSYCHOACTIVE DRUGS IN SCHIZOPHRENICS*†

S. M. CHOI,¹ M. D., T. A. BAN,² M. D.,
H. E. LEHMANN,³ M. D., and Evelyn ADAMO,⁴ Ph. D.,
*Verdun Protestant Hospital,
Verdun, Québec.*

In this study an attempt was made to apply the conditional reflex method in the evaluation of the effects of psychoactive drugs in various groups of schizophrenic patients who manifested a differential response to treatment during the first three weeks of hospitalization.

The study was confined to answering the following questions in terms of conditional reflex test profiles :

1. Do acutely disturbed⁵ and not disturbed patients respond differently to psychopharmacological treatment ?
2. Do patients who improve within three weeks respond differently to patients who do not improve after three weeks of active psychopharmacological treatment ?
3. Is our conditional reflex test sensitive enough to discriminate patients who will and will not improve on drug treatment before such treatment starts ?

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

† This study was supported by Public Health Service Research Grant MH-05202-04 from the U. S. Department of Health, Education and Welfare.

1. Psychiatrist, Provincial Hospital, Campbellton.
2. Senior research psychiatrist, Verdun Protestant Hospital.
3. Clinical director, Verdun Protestant Hospital.
4. Psychologist, Verdun Protestant Hospital.
5. Patients were classified as acutely disturbed if they manifested a sudden onset or relapse of acute psychotic symptomatology and if they presented one of the following groups of symptoms: delusions and/or hallucinations; marked anxiety, depression, perplexity or elation; hostility or aggressiveness.

METHODOLOGY

Thirty newly admitted schizophrenic patients were carefully selected from the female and male admission units of the Verdun Protestant Hospital during a six-month period. Patients were classified into three equal groups. Group A consisted of patients who were acutely disturbed on admission but who showed definite clinical improvement three weeks later. Group B consisted of patients who were acutely disturbed on admission, but who failed to show any significant clinical improvement three weeks later. The patients in Group C were not disturbed on admission but failed to show any significant clinical improvement three weeks later.

The descriptive data for the sample of 30 patients in terms of age, sex, history of previous hospitalization, and type of psychoactive drugs which were administered during the first three weeks of hospitalization are presented in Table I. Patients were tested with the Verdun Conditioning Test Battery immediately after admission prior to therapy, and during the third week after initiation of treatment.

Tests were done on the Verdun Conditioning Test Battery which has been described in detail in other publications (1 and 2). The data were based mainly on G. S. R. even though concomitant records of respiration and plethysmographic responses were recorded through a four-channel polygraph machine. Visual (white and yellow)

TABLE I

Age, sex, number of hospitalizations and drug treatment of patients in the three groups

GROUPS	NAME	AGE	SEX	NUMBER OF PREVIOUS HOSPITALIZATIONS	DAILY DRUG ADMINISTRATION
GROUP « A ».....	B. E.	54	F	3	Prochlorperazine, 45 mg.; imipramine, 50 mg.
	N. H.	29	M	1	Chlorpromazine, 300 mg.; imipramine, 100 mg.
	W. I.	48	F	2	Chlorpromazine, 1 200 mg.
	H. M.	25	F	0	Chlorpromazine, 300 mg.
	S. I.	42	F	2	Levomepromazine, 175 mg.
	M. T.	34	F	1	Chlorpromazine, 200 mg.; imipramine, 225 mg.
	C. M.	37	F	0	Chlorpromazine, 300 mg.
	J. P.	32	F	1	Imipramine, 200 mg.
	C. E.	31	F	0	Levomepromazine, 75 mg.; imipramine, 50 mg.
K. A.	43	F	0	Chlorpromazine, 1 000 mg.	
GROUP « B ».....	P. K.	29	F	2	Levomepromazine, 300 mg.
	R. S.	37	F	3	Chlorpromazine, 1 000 mg.
	F. T.	36	M	4	Chlorpromazine, 1 800 mg.
	V. D.	34	M	0	Chlorpromazine, 300 mg.
	K. F.	37	M	1	Trifluoperazine, 30 mg.
	H. J.	24	M	2	Chlorpromazine, 1 000 mg.
	D. G.	26	M	3	Perphenazine, 24 mg.
	B. G.	43	M	4	Perphenazine, 38 mg.
	H. M.	22	F	0	Thioridazine, 300 mg.; imipramine, 150 mg.
L. M.	23	F	0	Levomepromazine, 1 000 mg.	
GROUP « C ».....	S. R.	37	F	2	Levomepromazine, 75 mg.
	H. M.	28	M	0	Chlorpromazine, 600 mg.
	M. R.	24	M	2	Chlorpromazine, 600 mg.
	F. W.	36	M	0	Levomepromazine, 225 mg.; imipramine, 75 mg.
	H. E.	29	M	0	Trifluoperazine, 15 mg.
	S. S.	28	F	0	Chlorpromazine, 600 mg.
	R. A.	48	M	1	Levomepromazine, 300 mg.; imipramine, 150 mg.
	A. J.	17	M	0	Chlorpromazine, 300 mg.
	C. G.	25	M	1	Thioridazine, 300 mg.
L. B.	24	M	1	Chlorpromazine, 900 mg.; imipramine, 100 mg.	

stimuli were used as conditional (positive and negative) stimuli and a high intensity, 900-cycle-per-second tone was administered through earphones as the unconditional stimulus. The interval between each stimulus ranged from 14 to 26 seconds randomly throughout the experiment

with the exception of the orienting period where it ranged from 21 to 39 seconds. The duration of each conditional stimulus was four seconds and that of the unconditional stimulus was 0.4 seconds. The test was automatically programmed and Table II illustrates the sequence of stimuli

TABLE II

The Verdun Conditioning Test Battery : sequence of administration of stimuli
(W = white light ; Y = yellow light ; T = tone)

1. Orienting period.....	Y	W	Y	W	Y	W	Y	W
2. Unconditional stimuli.....	T	T						
3. Conditioning process.....	WT	WT	W	WT	WT	WT	W	WT
4. Generalization and differentiation.....	Y	WT	Y	WT	Y	W	Y	WT
	Y	WT	Y	WT	Y	WT	Y	WT
5. Reversal.....	YT	W	YT	W	Y	W	YT	W
	YT	W	YT	W	Y	W	YT	W
	YT	W	YT	W	YT	W	Y	W

administration. Two manually-controlled visual and auditory external stimuli were administered during the differential inhibitory stage in order to test their disinhibitory effect.

In summary, each subject completed two conditioning sessions spaced three weeks apart. The following variables were analyzed in respect of frequency and amplitude :

1. Orienting response and its disinhibition ;
2. Conditional response ;
3. Unconditional response during the conditioning process ;
4. Conditional stimulus differentiation ;
5. Unconditional response during conditional stimulus differentiation ;
6. Patterns of disorganization during differential activity ;
7. Disinhibitory potential during differential inhibition.

Non-parametric statistical analysis was concerned with assessing both the significance of changes within each group between the two test sessions and the significance of differences among the three groups at first testing.

RESULTS

1. Orienting response and its disinhibition :

There were no significant differences among the three groups on the first testing. The analysis of changes between the two sessions revealed that orienting behavior was not affected by drugs in Group A (the group which improved within three weeks). However, Groups B and C, who did not improve, showed a reduced orienting response frequency and amplitude on second testing. It seems that maintenance of the orienting reflex during treatment with psychoactive drugs is associated with a favorable clinical response. There was a trend toward a greater disinhibitory potential of orienting response in patients who improved (Group A).

2. Conditional response :

In the acutely disturbed group (unresponsive to psychoactive drugs) conditional reflex fre-

quency and amplitude were significantly impaired, while the same variables were unimpaired in the acutely disturbed drug-responsive group, on the first testing. After three weeks of drug therapy, on the second testing, the only marked change in conditional reflex frequency and amplitude was found in the not acutely disturbed patients in whom these variables were markedly suppressed.

3. Unconditional response during the conditioning process :

There were no significant differences among the three groups in unconditional reflex amplitude on the first testing and only Group B — acutely disturbed unresponsive patients — was markedly influenced by drug treatment. This was manifested in reduced response amplitude.

4. Conditional stimulus differentiation :

There were no differences among the groups on first testing. The data indicated that psychoactive drugs indiscriminately reduced conditional stimulus differentiation in all three groups.

5. Unconditional response during conditional stimulus differentiation :

There were no significant differences among the three groups on the first testing. However, while Group A (acutely disturbed, drug responsive patients) did not change on the second testing, there was a reduction of unconditional reflex amplitude in both other groups (B and C).

6. Patterns of disorganization during differential activity :

Differential activity is generally accompanied by some type of disorganization. The type of disorganization was classified into two patterns : (1) inhibitory, and (2) disinhibitory. The inhibitory pattern is characterized predominantly by an inhibitory response, for example, disappearance of differentiation or markedly decreased response to the positive conditional stimulus with a concomitant decrease in unconditional response. Quite often, there is a hypnotic phasic type of inhibition (ultraparadoxical) where a positive response appears to a negative conditional stimulus

with complete disappearance of the response to the positive conditional stimulus. The disinhibitory pattern is characterized by an indiscriminate response to both positive and negative conditional stimuli with or without changes in unconditional response.

The primary interest in this area was to see whether the drug treatment modified the disorganization patterns. The data revealed a disinhibitory disorganization pattern at first testing which was changed to an inhibitory pattern at second testing regardless of groups.

7. Disinhibitory potential during differential inhibition :

Disinhibitory activity was measured in the abrupt change in conditional and/or unconditional responses during the differential inhibitory stage produced by a sudden external stimulus. The stimulus was manually administered. There were no significant group differences at first testing. However, while psychoactive drugs reduced the disinhibitory function in the unimproved Group B and C, the improved group, Group A, maintained disinhibitory activity unchanged throughout the second sessions.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

An attempt was made to evaluate the effects of psychoactive drugs in acutely disturbed, not

acutely disturbed, improved and not improved schizophrenic patients during their early stage of hospitalization. The results indicated that the individual response to a given active psychopharmacological treatment is not dependent on whether the patient is acutely disturbed or not. On the other hand, patients who improved clinically showed no significant changes on orienting response, unconditional reflex, and disinhibitory activity, while psychoactive drugs generally acted as a suppressing agent on the same variables in the groups who failed to show clinical change.

The only possible predictor of the effectiveness of drug therapy in acutely disturbed patients is the maintained (unimpaired) conditional reflex activity even prior to treatment.

REFERENCES

1. BAN, T. A., CHOI, S. M., and LEE, H., Differential conditioning in organic and functional psychoses, *Proceedings of First International Congress of Social Psychiatry*, London, England, (August 17-22), 1964. (In press.)
2. BAN, T. A., CHOI, S. M., LEHMANN, H. E., and ADAMO, E., Conditional reflex studies in depression. *Presented at the Research Conference on the depressive group of illnesses*, Montréal, Canada, (February 5-7), 1965.
3. CHOI, S. M., ADAMO, E. F., and LEHMANN, H. E., An evaluation of changes in conditioning associated with clinical improvement in a group of schizophrenics, *Presented at the annual meeting of the Biological Psychiatry*, 1965.

ADRENAL CORTICAL FUNCTION IN THE PSYCHOSES OF LATER LIFE * †

B. GRAD, Ph. D., V. A. KRAL, M. D.,
R. C. PAYNE, B. Sc., and J. BERENSON,¹

*Gerontologic Unit, Allan Memorial Institute,
Department of Psychiatry, McGill University, Montréal.*

Some years ago, a series of studies was undertaken in our laboratory on the role which stress might play in the etiology and pathogenesis of senile psychoses. The reasons for undertaking these studies have been discussed earlier (9 and 10). To this end, several studies were carried out; in one study, histories were taken from normal old people and from people with senile psychoses and/or their relatives in order to assess both quantitatively and qualitatively the stress endured by each individual during his past life and during the period immediately preceding the onset of his disease (8). This investigation showed that except for the fact that emotional deprivation in early childhood occurred with significantly greater frequency in patients, who subsequently became ill with organic psychoses of the senium, than in normal persons, there was otherwise no significant difference in the quantity or quality of stress endured by the persons who eventually became affected by these disorders. However, there was some evidence that their reactions to stress were

generally more severe than that of normal individuals.

These findings received further support from studies conducted with the aim of assessing the present stress tolerance of patients with senile dementia as compared with normal old people (7, 9 and 10). From these studies, in which such indirect criteria of adrenal cortical function as changes in the circulating eosinophils and the salivary Na/K were utilized, evidence was obtained that persons with senile dementia reacted more strongly to mild stress than did normal aged persons. More recently, a series of investigations was carried out in which more direct measures of adrenal cortical function were utilized, namely, the determination of the level of the plasma cortisol, the chief circulating corticoid in the human, and the estimation of the amounts of urinary corticoids excreted in a known time. These studies were conducted in normal aged persons and in patients with senile psychosis under resting conditions, in response to stimulation with ACTH and after cortisol infusions. A number of tests of hepatic and renal function were also conducted. The present report marks the first in the series of papers to be published describing these studies and will describe the levels of cortisol and corticosterone in the plasma and of corticoids in the urine under resting conditions in men and women, both normal and ill with senile psychosis or with psychosis due to cerebral arteriosclerosis.

* Presented at the First annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

† This study was supported by the Federal-Provincial Mental Health Grant No. 604-5-104. The authors wish to express their appreciation to Dr. C. A. Roberts of the Verdun Protestant Hospital for permitting us to investigate elderly subjects with senile psychosis or psychosis due to cerebral arteriosclerosis and to Dr. G. Rosenberg, of the Maimonides Hospital and Home for the Aged, for making it possible to study normal elderly persons. The authors are grateful also to Messrs. Sydney Weller and Earl Fruman for their assistance.

1. The authors also thank Dr. B. P. Murphy for her valuable advice in the use of her dialysis method for determining the plasma corticoids.

SUBJECTS, MATERIALS AND METHODS

Subjects :

One hundred and forty subjects were investigated in this study, 56 men and 84 women. Of the men, 35 were apparently normal without obvious psychiatric or neurologic illness. Of these, 24 were living in the community, alone or with relatives, while the remaining 11 were residents in the Maimonides Hospital and Home for the Aged. The remaining 21 men in this study consisted of 10 patients with senile psychosis (SP) and 11 with psychoses due to cerebral arteriosclerosis (AP), and 10 with psychoses due to cerebral arteriosclerosis (AP). Of the 84 women in the study, 44 were normal, 24 living in the community and 20 residents in the above mentioned home for the aged ; 34 were patients with SP and 6 with AP. Most of the patients were residents of the Verdun Protestant Hospital, while a few were residing in the Maimonides Hospital and Home for the Aged. The mean and standard error of the ages of the persons in the various groups of this study are shown in Table I. Their body weights were also determined and are shown in Table II. Venous blood was drawn at 10-11 A.M. into blood-collecting tubes containing heparin, centrifuged and the plasma separated and frozen until assayed. Where possible, urine was also collected from the persons in this study, the collection being made within a 6-hour period from the time of awakening.

TABLE I

The age (years) of the persons in the various groups of this study

	MEN	WOMEN
Normals		
a) in the community	71 ± 1 (24)	71 ± 1 (24)
b) institutionalized	77 ± 3 (11)	80 ± 2 (20)
Seniles	75 ± 4 (10)	77 ± 1 (34)
Cerebral Arteriosclerotics	75 ± 2 (11)	76 ± 2 (6)

The number in the brackets is the number of subjects for which the adjacent mean and standard error were calculated. This applies also to Tables II, III, IV, VI and VII.

Table III gives the means and standard errors of the time when the collections were begun in the various groups. The volume of urine collected from the persons in the various groups of this

TABLE II

The body weight (lbs) of the persons in the various groups of this study

	MEN	WOMEN
Normals		
a) in the community	162 ± 4 (24)	138 ± 5 (24)
b) institutionalized	157 ± 7 (11)	137 ± 6 (20)
Seniles	138 ± 10 (10)	100 ± 3 (34)
Cerebral Arteriosclerotics	140 ± 8 (11)	98 ± 4 (6)

TABLE III

The time (A.M.) of the beginning of collection of urine from the persons in the various groups of this study

	MEN	WOMEN
Normals	7:25 ± 12 ¹ (21)	7:14 ± 10 (21)
Seniles	6:40 ± 29 (5)	7:01 ± 16 (15)
Cerebral Arteriosclerotics	7:17 ± 32 (8)	5:40 ± 10 (3)

1 = minutes.

TABLE IV

The volume of urine (ml) collected for 6 hours after waking from the persons in the various groups of this study

	MEN	WOMEN
Normals	221 ± 36 (21)	266 ± 33 (21)
Seniles	161 ± 27 (5)	137 ± 26 (15)
Cerebral Arteriosclerotics	169 ± 23 (8)	63 ± 9 (3)

study is shown in Table IV. Urine was not collected from the normal institutionalized subjects.

The limitation of the period of urine collection to 6 hours was necessary because SP and AP

patients are frequently incontinent and while a very strict surveillance of these persons was possible over a 6-hour period, it was not possible to find the personnel to continue the same kind of watch over 24 hours. Men with marked incontinence were fitted with « uro-sheaths »² which caught all urine in a plastic bag tied to the thigh, while women with the same condition were fitted with indwelling catheters which was kept *in situ* for the six hours of collection. A careful record was kept of the time the patients urinated upon arising in the morning, and the 6-hour collection period was begun at that time. Furthermore, those persons unable to urinate at the end of 6 hours were catheterized, and this involved about one-third of men and one-half of the women with SP or AP. Such catheterisation was found to be unnecessary in the normal subjects.

Materials and Methods :

The levels of cortisol and corticosterone in the plasma (PC) and of corticoids in the urine (UCS) were determined by the method of Murphy *et al.* (14 and 15). The cortisol-4-C¹⁴ used in this study had a specific activity of 59 µg/mg and was obtained from the New England Nuclear Corporation. Standards were determined in triplicate and unknowns in duplicate; counts were made in a Nuclear Chicago D47 gas flow counter with an efficiency of 30% to a minimum of 2,000 counts. The standard curve was drawn by plotting the mean cpm's of the 5 standards against the amount of unlabelled steroid added.

Although the methods for the determination of the PC and UCS were the same as that used by Murphy *et al.*, adaptations were made so as to permit the determination of a larger number of samples in a single run. This was made feasible by using a rotator which could accommodate 140 dialysis tubes and by using automatic methods of dispensing the various liquids. To test the reliability of the adaptation, 0.1 µg of cortisol dissolved in ethanol were placed in 11 tubes and evaporated. The same was done for 0.2 and

0.3 µg. One-half ml of pooled plasma was placed in each of the tubes containing the dried cortisol and in 9 more into which cortisol was not placed. The recoveries obtained are shown in Table V. The values obtained for PC levels and the amounts of UCS are given in Table VI and VII respectively. Where applicable, the data were analyzed by *t* tests, analysis of variance, or correlation analysis.

TABLE V

Recovery of varying amounts of cortisol added to pooled plasma

	CORTISOL ADDED PER SAMPLE (micrograms)			
	0	0.1	0.2	0.3
Mean (µg/sample).....	0.061	0.158	0.270	0.384
Standard (example) error	0.005	0.013	0.008	0.010
Number of tubes.....	9	10	10	10
% Recovery.....	—	97	105	108

TABLE VI

Plasma cortisol levels (micrograms per 100 ml) in normal old persons and in patient with senile psychosis or psychosis due to cerebral arteriosclerosis

	MEN	WOMEN
Normals		
a) in the community.	14.5 ± 1.0 (24)	13.1 ± 0.8 (24)
b) institutionalized.	14.8 ± 0.8 (11)	14.1 ± 0.7 (20)
Seniles.....	17.0 ± 0.7 (10)	15.4 ± 0.9 (34)
Arteriosclerotics.....	13.1 ± 1.4 (11)	16.2 ± 2.7 (6)

TABLE VII

Amount (micrograms) of corticoids in urine collected during a 6-hour period from old persons, normals and those with an organic psychosis

	MEN	WOMEN
Normals.....	108.9 ± 16.5 (21)	70.5 ± 6.6 (21)
Seniles.....	51.8 ± 20.7 (5)	55.1 ± 13.2 (15)
Cerebral Arterio-sclerotics.....	55.3 ± 15.0 (8)	36.9 ± 15.2 (3)

2. C. R. Bard, Inc., Murray Hill, N. J.

RESULTS

Age (Table I) :

t tests showed that there were no significant differences between men and women as regards age, either in the normals living in the community or those normals who lived in an institution or in the two psychotic groups ($P > 0.30$). Therefore, the data of the men and women of any one group were pooled and analysis of variance conducted on the pooled data. The results showed that there was a significant difference between the groups in regards to age ($P < 0.0005$). Subsequent analysis showed that there was no significant difference between the institutionalized normal individuals and either of the two psychotic groups ($P > 0.40$). Therefore, these data were pooled and compared with the age of the normals living in the community. A *t* test showed that the « community » normals had a significantly lower age than that of the other groups ($P < 0.001$), although the means differed only by 6 years.

Body weight (Table II) :

In each of the groups, whether normal or psychotic, the men weighed significantly more than the women ($P < 0.05$). Therefore, a separate analysis of variance was done for the men and for the women in testing for differences between the normal and psychotic groups. Analysis of variance conducted on the data of the men showed a significant difference between the groups ($0.05 > P > 0.025$). Subsequent *t* tests showed that the differences were between the normals, whether living in the community or institutions and the psychotics ($0.01 > P > 0.001$), there being no significant difference between the normals whether living in the community or in institution ($0.60 > P > 0.50$), or between the patients with SP and AP ($0.90 > P > 0.80$).

Time of beginning the urine collection (Table III) :

There was no significant difference in the time when urine collections were begun in normal men or women ($0.80 > P > 0.70$), or in senile men or women ($0.60 > P > 0.50$). However, urine collections were begun significantly earlier in women

of the AP group than from men of the same group ($0.02 > P > 0.01$). Subsequent analysis of variance showed that there was no significant difference in the time of urine collection from men of the various groups, whether normal or psychotic ($0.70 > P > 0.50$). However, in the corresponding groups of women, there was a statistically significant difference ($0.025 > P > 0.01$). Further *t* tests showed that this significance was due to differences between the AP group and the other two groups ($P < 0.05$). There was, however, no significant difference in the time of urine collection between the normal and SP subjects ($0.50 > P > 0.40$).

Volume of urine collected (Table IV) :

Although there was no significant difference in the volume of urine collected between men and women in the normal group ($0.40 > P > 0.30$), the mean volume collected from female SP patients was less than that collected from the males of the same group, the difference being of borderline significance ($0.10 > P > 0.05$), while the corresponding difference in the AP group did, in fact, achieve statistical significance ($0.01 > P > 0.001$), the women again providing the smaller volume. Therefore, separate analyses of variance were done for the men and women and the results showed a difference of borderline significance in the case of the men ($0.10 > P > 0.05$) and a highly significant difference in the case of the women ($0.005 > P > 0.001$). Examination of Table IV showed that the two psychotic groups were providing essentially the same volumes of urine and that any difference that existed between men of the various groups was between the normals and the psychotics ; *t* test did in fact show a significant difference here ($0.05 > P > 0.02$). A similar situation was found to exist in the women, there being no significant difference in the volumes of urine provided by the SP and AP groups ($0.40 > P > 0.30$). However, there was a significant difference between the normals and the seniles ($0.01 > P > 0.001$), the seniles providing a lesser volume of urine.

Recovery of added cortisol (Table V) :

When $0.1 \mu\text{g}$ of cortisol was added per tube, 97% of it was recovered. When 0.2 or $0.3 \mu\text{g}$

were added per tube, the corresponding recoveries were 105 and 108%. Therefore, satisfactory recoveries are obtained by the method used in this study.

Plasma cortisol and corticosterone (PC) levels (Table VI) :

There was no significant difference due to sex in any of the groups in the PC levels ($P > 0.10$). Therefore, an analysis of variance was carried out on the pooled data. The results failed to show a significant difference between the various groups, normal or psychotic ($0.20 > P > 0.10$).

Amounts of corticoids in urine (UCS) (Table VII) :

Normal men had significantly higher levels than normal women ($0.05 > P > 0.02$). However, there were no significant differences due to sex in the remaining two groups ($P > 0.40$). An analysis of variance conducted on the data of the men showed an overall difference of borderline significance ($0.10 > P > 0.05$). Examination of the data shows that there was no significant difference between the values obtained for the two psychotic groups ($P > 0.90$). However, when a *t* test was conducted between the normals on the one hand and the pooled data of the two psychotic groups on the other, the values were significant ($0.05 > P > 0.02$), with the normals having the higher values. The same kind of analysis of variance conducted on the data of the women failed to show any significant difference ($0.50 > P > 0.30$).

Correlation Analysis :

There was a significant positive correlation coefficient between the body weight on the one hand and the amounts of UCS on the other in normal males ($r = +0.4687$, $0.05 > P > 0.02$), in the combined data of normal men and women ($r = +0.3130$, $0.05 > P > 0.02$), and in the total population of this study ($r = +0.3046$, $0.01 > P > 0.001$). There were significant correlation coefficients between the amounts of UCS and urine volumes in the normal females ($r = +0.6745$, $P < 0.001$), in the psychotic females ($r = +0.6922$, $0.01 > P > 0.001$), in the case of all the psycho-

tic subjects, whether male or female ($r = +0.5937$, $P < 0.001$) and when all the subjects of this study were considered ($r = +0.3643$, $0.01 > P > 0.001$). Body weight did not correlate significantly with PC values in any of the groups, except in the case of the females and in this instance the correlation coefficient was negative ($r = -0.3045$, $0.05 > P > 0.02$) in contrast to the situation when body weight was correlated with the UCS, where the correlation coefficients were positive. In none of the groups were the PC levels and urinary UCS excretion rates significantly correlated.

DISCUSSION

Plasma cortisol levels :

The dialysis method of Murphy *et al.* utilized in this study measures cortisol and corticosterone, the chief adrenal corticosteroids in human plasma (2). Murphy *et al.* have shown that the results for plasma corticoids obtained by this method are similar to those obtained by the method of Nelson and Samuels (14). The values obtained by the use of this method in our laboratory for normal elderly men and women are in good agreement with those reported in the literature (1, 17 and 22), where the methods of Porter and Silver or Nelson and Samuels were utilized. Also, the satisfactory recovery of cortisol added to plasma points to the reliability of the method in our hands (Table V). No reports could be found in the literature on the PC levels in SP or AP patients other than reported earlier by this laboratory (10). The results reported in that paper for 5 men with SP were not significantly different from those reported in the present paper. However, the results reported for 10 women with SP using this method were somewhat higher. The reason for this is very likely due to the fact that in the earlier study the patients were removed from their familiar surroundings in a mental hospital and brought to our laboratory for study, whereas in the present investigation the blood was drawn from them in their usual environment. Presumably, the act of removing them from their familiar environment to a strange one was stressful to the

female psychotics at least, and support for this is to be found not only in the elevated PC levels, but also in the lower circulating eosinophil counts found in the patients when removed from their familiar surroundings (9 and 10). It is well known that stress produces a decline in circulating eosinophil count (23). While in the present study the PC values obtained in SP persons were not significantly different from those found in normals, the values tended to be somewhat higher. This is also true of the women in the AP group, though not of men.

The plasma corticoid level can reflect the level of activity of the adrenal cortex inasmuch as the value are generally low in persons with Addison's disease, whose adrenal cortices are hypofunctional, and high in patients with Cushing's syndrome or when ACTH is given, under which conditions the gland is hyperfunctional (16). However, this is not always true. For example, estrogen treatment produces increased levels of plasma corticoids without a concomitant increase in adrenal cortical function (19). In this case, the increase is due to higher levels of circulating cortisol-binding globulin (CBG). The concentration of free cortisol and corticosterone in the plasma is the resultant not only of their production by the adrenal cortex, but also of their distribution into the tissues, their binding by CBG, their metabolism into other compounds and their excretion. Thus, similar differences in plasma level might be due to different causes, and a lack of difference might be due to two or more alterations which balance each other. Therefore, to determine the dynamic relationships of a given hormone in various conditions means determining its production, binding, distribution, and removal. The investigations of which the present study is part are directed towards this end.

Urinary corticoids:

In their studies on the significance of the UCS, Murphy and Pattee showed that it provided a measure of cortisol and other 11-hydroxylated corticoids in the urine (15). In this connection, Cope and Black concluded that urinary cortisol

was the most sensitive test for detecting increased adrenal activity (4). More recently, Mattingly *et al.* demonstrated that the daily excretion of urinary 11-hydroxylated corticosteroids correlated very well with the cortisol secretion-rate determined by isotopes, and did so better than did the secretion-rate determined by isotopes, and did so better than did the excretion of 17-oxogenic steroids (11).

Murphy and Pattee reported values of 240 ± 5 and 163 ± 63 μg per 24 hours in 7 men and 7 women respectively (15). Most of them were normal elderly persons with a few younger ones, all without obvious illness. Mattingly *et al.* reported values of 229 and 178 μg per day of 11-hydroxylated corticosteroids in 21 men and 21 women respectively. His subjects, aged 20 to 70 years, were convalescing hospital patients without endocrine, hepatic or renal disorders. Because their values were expressed per 24 hours and, ours, 6 hours, a direct comparison of values is not possible. However, from the data presented by Pincus (21), it was possible to estimate that the neutral reducing lipids in urine collected 3 to 4 hours following awakening constituted about 35% of that in the entire 24-hour urine. From these data and from knowledge of the diurnal rhythm in PC levels (12), and their elimination into the urine (18), it was possible to estimate that the 6-hour UCS values of our study are about 50% of the 24-hour ones. On this basis, normal elderly men in the present study would have excreted approximately 218 μg UCS par 24 hours and women about 141 μg in the same time. This compares favourably with the values provided by Murphy *et al.* (15) and Mattingly *et al.* (11). Their slightly higher values may readily have been due to the presence in their studies of young individuals who have been shown to have higher values than elderly persons (6).

The finding of higher UCS values in normal men than in normal women and psychotic men would, therefore, appear to suggest that adrenal cortical secretion rates were higher in the normal men than in the other groups. This may possibly be related to the fact that the normal men weighed more than did persons in the other groups (Table II).

Mlynaryk *et al.* demonstrated that very obese men had significantly higher cortisol production rates than did normal men (13). Our own data demonstrated that there were significant positive correlations between body weight and UCS excretion rates in normal men, but not in any of the other groups of this study. Moreover, males with SP did not have higher UCS values than SP females, despite the fact that the former had significantly heavier body weights.

Another possible explanation for the higher values in normal males than in the other groups was perhaps the presence of urinary testosterone which has been shown to have a moderate capacity for being bound by CBG (5 and 15). However, this seems unlikely in view of the findings by Pincus that in 70-year-old men androgenic activity had decreased by about 70% from the levels found in young adults (20).

Other possibilities for the lower UCS values in patients with organic psychoses are a greater corticoid utilization in these as compared with normal subjects or alternatively the presence of decreased renal function in the psychotics as compared with normals. In the latter case, Murphy and Pattee have shown that patients with renal disease have significantly lower UCS values (15). Our own studies on renal function in elderly patients with SP as compared with normal old people will provide further information in this regard. Constantinides *et al.* published data on the urinary excretion of 17-hydroxycorticoids in patients with degenerative brain lesions but the statistical significance of their findings could not be assessed from their published data. However urinary corticoid values in 10 patients with SP were somewhat lower and in 8 cases with AP were barely higher than that of normal elderly persons (3).

Finally, it should be mentioned that in the women of this study, both normal and psychotic, there was a very high correlation between the level of UCS and the volume of urine collected in the 6-hour period. That is, female subjects who excreted higher UCS values in a 6-hour period did so, not by excreting more concentrated UCS

containing urines, but by excreting larger volumes of urine. The same phenomenon was not observed to the same extent in the men of this study.

SUMMARY

Plasma corticoid levels and urinary corticoid excretion rates were determined in 140 elderly persons, including normal persons (living alone, with relatives or in institutions), senile psychotics (SP), and those with psychosis due to cerebral arteriosclerosis (AP). The following results were obtained :

(1) Normal subjects living alone or with relatives were slightly but significantly younger than the other subjects. There were no significant age differences between the remaining groups.

(2) The men weighed significantly more than the women and normal men reliably more than psychotic ones. Differences in body weight between the psychotic groups were not statistically significant.

(3) Urine collections were made at essentially the same time in all groups, except in the 3 female AP patients, in whom collections were made slightly but significantly earlier.

(4) Psychotics excreted significantly lower volumes of urine than normals. There was no reliable difference between the psychotic groups in this respect. There were no significant differences between the sexes in the normal or SP groups, but the AP women excreted significantly lower volumes than AP men.

(5) There were no statistically significant differences in plasma corticoid levels between normal and psychotic persons or between men and women, normal or psychotic.

(6) Normal men had significantly higher excretion rates of urinary corticoids (UCS) than psychotic men, and while a similar tendency was observed in women, the differences were not statistically significant. Normal men also had significantly higher UCS values than normal women.

(7) Significant positive correlations were found between body weights and UCS excretion rates

in the following groups : (a) normal men, (b) normal men and women considered as one group, (c) all the 140 persons in this study.

The implications of these findings are discussed.

RÉSUMÉ

La concentration de corticostéroïdes dans le plasma sanguin et les taux d'excrétion urinaire des corticostéroïdes (CS) furent étudiés chez un groupe de 140 personnes âgées, incluant des personnes apparemment normales et des malades souffrant de psychose sénile (PS) ou de psychose reliée à l'artériosclérose cérébrale (PAC).

1. Les sujets normaux ne vivant pas dans des institutions étaient statistiquement, quoique légèrement, plus jeunes que les autres groupes expérimentaux.

2. Les hommes étaient statistiquement plus lourds que les femmes, ainsi que et avec constance, les sujets normaux par rapport aux groupes de malades. Il n'y avait pas d'autres différences significatives de poids entre les divers groupes.

3. Les échantillons d'urine furent prélevés essentiellement aux mêmes heures chez tous les groupes sauf chez les femmes souffrant de PAC où les prélèvements furent effectués un peu plus tôt (différence statistiquement significative avec les autres groupes).

4. Le volume d'urine des malades était significativement moins élevé que celui des sujets normaux. Aucune différence sous ce rapport fut constatée entre les sexes dans les groupes normaux mais les volumes d'urine des femmes PAC furent statistiquement moins élevés que ceux des hommes du même groupe.

5. Aucune différence significative ne fut enregistrée dans les concentrations de cortisol du plasma entre les normaux et les malades ou entre les sexes.

6. Les taux d'excrétion urinaire des CS furent plus élevés chez les hommes normaux que chez les malades du même sexe. Une telle tendance fut aussi observée chez les femmes mais ces différences expérimentales ne sont pas statistiquement significatives. De plus, ce taux chez les hommes dans les groupes de normaux fut statisti-

quement plus élevé que celui des femmes des mêmes groupes.

7. Une corrélation positive fut établie entre le poids des individus d'une part et les taux d'excrétion des CS dans l'urine d'autre part.

La discussion porte sur les implications de ces résultats expérimentaux.

REFERENCES

1. BLISS, E., SANDBERG, A. A., NELSON, D. H., and EIKNES, K., The normal levels of 17-hydroxycorticosteroids in the peripheral blood of man, *J. Clin. Invest.* **52** : 818, 1954.
2. BUSH, I. E., and SANDBERG, A. A., Adrenocortical hormones in human plasma, *J. Biol. Chem.*, **205** : 783, 1953.
3. CONSTANTINIDIS, J., GARRONE, G., and WILDI, E., Relations entre les lésions cérébrales dégénératives séniles et l'élimination urinaire des hormones stéroïdes. *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.*, **89** : 384, 1962.
4. COPE, C. L., and BLACK, E. G., The reliability of some adrenal function tests, *Brit. Med. J.*, **II** : 1117, 1959.
5. DEMOOR, P., DECKS, R., and STEENO, O., Influence of various steroids on the specific binding of cortisol, *J. Endocrinol.*, **27** : 355, 1963.
6. GRAD, B., KRAL, V. A., PAYNE, R. C., and BERENSON, J., Changes in plasma corticoid levels and urinary excretion rates of corticoids during aging, (To be published).
7. GRAD, B., and KRAL, V. A., Adrenal cortical stress effects in senility. II. The response to heat stimulation produced by the Hardy-Wolff-Goodell Dolorimeter, *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, **6** : 66, 1961.
8. KRAL, V. A., Recent research in prevention of mental disorders at later age levels, *Proc. Third Institute on Preventive Psychiatry*, Ed. R. H. Ojemann, Chap. VI, p. 159, 1961.
9. L. KRAL, V. A., and GRAD, B., Adrenal cortical stress effects in senility, *Canad. Psychiat. Assoc. J.*, **5** : 8, 1960.
10. KRAL, V. A., GRAD, B., CRAMER-AZIMA, F., and RUSSELL, L., Biologic, psychologic and sociologic studies in normal aged persons and patients with senile psychosis, *J. Am. Geriat. Soc.*, **12** : 21, 1964.
11. MATTINGLY, D., DENNIS, P. M., PEARSON, J., and COPE, C. L., Rapid screening test for adrenal cortical function, *The Lancet*, **II** : 1046, 1964.
12. MIGEON, C. J., TYLER, F. H., MAHONEY, J. P., FLORENTIN, A. A., CASTLE, H., BLISS, E. L., and SAMUELS, L. T., The diurnal variation of plasma levels and urinary excretion of 17-hydroxy-corticosteroids in normal subjects, night workers and blind subjects, *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **16** : 622, 1956.
13. MLYNARYK, P., GILLIES, R. R., MURPHY, B., and PATTEE, C. J., Cortisol production rates in obesity, *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **22** : 587, 1962.
14. MURPHY, B. P., ENGELBERG, W., and PATTEE, C. J., Simple method for the determination of plasma corticoids, *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **23** : 293, 1963.
15. MURPHY, B. P., and PATTEE, C. J., The determination of certain urinary corticoids by competitive protein-binding analysis. (To be published).

16. NELSON, D. H., EIK-NES, L., and SANDBERG, A. A., Corticosteroids in blood. Chap. XI, p. 333, 1960, *In Hormones in human plasma. Nature and transport*, Ed. H.N. Antoniades, Little, Brown & Co., Boston.
17. NIELSEN, R. L., MOORE, D., and PAULSEN, C. A., Urinary estrogen and gonadotropin excretion in elderly women and the plasma corticoid response to corticotropin, *J. Am. Geriat. Soc.*, **9** : 178, 1961.
18. PETERSON, R. E., The miscible pool and turnover rate of adrenocortical steroids in man, *Rec. Prog. Hormone Res.*, **15** : 231, 1959.
19. PETERSON, R. E., NOKES, G., CHEN, P. S., Jr., and BLACK, R. L., Estrogens and adrenocortical function in man, *J. Clin. Endocrinol. and Metab.*, **20** : 495, 1960.
20. PINCUS, G., Aging and urinary steroid excretion, *In Hormones and the aging process*, Ed. Engle, E. T., and Pincus, G., Academic Press, Inc., New York, p. 1, 1956.
21. PINCUS, G., ROMANOFF, L. P., and CARLO, J., The excretion of urinary steroids by men and women of various ages, *J. Gerontol.*, **9** : 113, 1954.
22. SMOLYANSKY, B. K., Adrenal cortical function in relation to aging, *Klinitch. Medit.*, **43** : 36, 1964.
23. SPEIRS, R. S., and MEYER, R. K., The effects of stress, adrenal and adrenocorticotrophic hormones on the circulating eosinophils of mice, *Endocrinology*, **45** : 403, 1949.

HYST
ET T

Les o
de so
qu'une
tant d
psychot
années
et coll.
patient
centage
général
pour ce
Albert-
sur 88
mariées
20 pour
populat
La per
tisme p
pause c
product
d'invol
Les p
datent
effet qu

* Tra
césim de
1965.
1. Psy
Albert-Pr
de reser
médecine
2. Pla
Faculté d
en reser
3. Psy
de Jouet
4. Rés

HYSTÉRECTOMIE ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES *

J.-M. BORDELEAU,¹ L. TÊTREAU,² P. MARTEL,³ L. BRIEN⁴

INTRODUCTION

Les observations cliniques faites dans des unités de soins psychiatriques intensifs laissent croire qu'une proportion importante des femmes présentant des troubles émotionnels, névrotiques ou psychotiques, ont subi une hystérectomie dans les années précédant leur hospitalisation. Patterson et coll. (8) ont calculé que 14 pour cent de leurs patientes avaient été ainsi opérées et que ce pourcentage était plus élevé que celui de la population générale des États-Unis où il n'atteint que 10 pour cent. Un sondage rapide fait à l'Institut Albert-Prévost montre qu'au mois d'avril 1965, sur 88 malades de sexe féminin 13 des 65 femmes mariées ont été hystérectomisées, ce qui représente 20 pour cent de ce groupe et 14,8 pour cent de la population des femmes hospitalisées à cette époque. La perte de l'utérus peut représenter un traumatisme psycho-affectif aussi important que la ménopause qui marque la fin de la vie génitale reproductive de la femme et le début de la période d'involution.

Les premières observations retrouvées à ce sujet datent de 1890. Krafft-Ebing (5) affirmaient en effet que les interventions sur le système génital

de la femme étaient plus souvent suivies de psychose que toutes les autres opérations. Lindemann (6), Miller (7) et Doyle (4) constatent dans des travaux indépendants un taux élevé de troubles émotionnels variant de la dépression légère à la psychose en comparant la chirurgie abdominale basse à la chirurgie abdominale haute. Par ailleurs Stengel, Zeitlyn et Rayner (10) notent que la fréquence des psychoses postopératoires augmente avec l'âge. En 1961, Ackner (1) dans une enquête « prospective » effectuée sur un échantillon de 50 malades et s'étendant sur une période de six mois seulement constate une amélioration de la personnalité, une meilleure adaptation sexuelle ainsi qu'une perte de la peur de la grossesse chez 60 pour cent des opérées ; mais pendant une si courte période il remarque déjà des résultats mauvais chez 30 pour cent des femmes : détérioration de l'humeur, perte d'énergie, inadaptation sexuelle, sentiment de diminution causé par la stérilité. Parmi ces dernières, 85 pour cent souffraient d'instabilité émotionnelle préopératoire ; une telle instabilité ne fut constatée que chez 55 pour cent des femmes améliorées par l'opération. L'âge moyen au moment de l'hystérectomie pour ce groupe était de 36,5 ans.

Deux d'entre nous (3) ont conduit en 1961 une étude descriptive qui avait souligné certaines tendances, soit la forte proportion de réactions névrotiques d'allure hystérique, le nombre réduit de grossesses et la possibilité que l'hystérectomie puisse être une méthode anticonceptionnelle socialement acceptable dans notre milieu. Nous n'avons retrouvé qu'un seul travail, celui de Patterson et Craig (8), dans lequel les auteurs

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. Psychiatre, directeur du Service des recherches, Institut Albert-Prévost. Professeur agrégé de psychiatrie et associé de recherches du Département de pharmacologie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

2. Pharmacologue, assistant-professeur de pharmacologie Faculté de médecine, Université de Montréal. Consultant en recherches, Institut Albert-Prévost.

3. Psychiatre, surintendant médical, Hôpital Saint-Charles de Joliette.

4. Résident en psychiatrie, Institut Albert-Prévost.

prétendent que sur 100 malades, toutes à l'exception d'une sont indemnes de troubles psychiatriques Assæl et Avrouskine (2) ainsi que Richou et Dachary (9) insistent sur le rôle essentiel du terrain.

MÉTHODES

Ce travail consiste en une enquête rétrospective portant sur un groupe de 41 femmes hystérectomisées, mariées, canadiennes-françaises, catholiques, hospitalisées à l'Institut Albert-Prévost, pour divers troubles psychiatriques. Notre échantillon fut constitué par des malades qui répondaient aux critères ci-haut mentionnés au fur et à mesure de leur admission dans le Service de recherche de l'Institut. Nous acceptons comme postulat que ce groupe de malades forme un échantillon représentatif de la population des femmes hystérectomisées admises à notre hôpital. L'information recherchée a été recueillie par une entrevue psychiatrique. L'observateur devait ensuite remplir un questionnaire dans lequel les réponses étaient quantifiées. Les données, transposées sur cartes perforées, furent analysées selon le type de leur « quantification » par des méthodes statistiques non paramétriques ou paramétriques. Nous avons groupé nos résultats en trois catégories : 1° description statistique de la population ; 2° étude de corrélation entre un caractère quantitatif et un caractère qualitatif ; 3° étude d'association entre un caractère qualitatif et un autre caractère qualitatif.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

1. Description statistique de la population (tableaux I, II, III et IV) :

Le premier tableau réunit les données quantitatives obtenues. Lors de notre enquête l'âge des patientes variait de 27 à 65 ans et leur âge moyen était de 46,3 ans. L'erreur type de cette moyenne mesurant la précision de l'estimé de la moyenne de la population est de 1,5 an. La moyenne d'âge à l'hystérectomie était de 34,2 ans, le nombre moyen de grossesses de 4,0 et le nombre moyen de grossesses incomplètes de 0,8 (tableau I).

TABLEAU I

Données quantitatives recueillies

CARACTÉRISTIQUES	MOYENNE	ERREUR TYPE	ÉCART TYPE	INTERVALLE DE VARIATION
Age actuel (années)	46,3	1,50	9,49	27 - 65
Age à l'hystérectomie	34,2	1,09	6,91	22 - 48
Grossesses	4,0	0,54	3,42	0 - 14
Grossesses incomplètes	0,8	0,84	5,31	0 - 14

Le reste de notre description statistique porte sur des données nominales, c'est-à-dire des caractères qualitatifs. La fréquence de chaque caractère est indiquée en valeur absolue et en pourcentage. Un intervalle de confiance à 95 pour cent accompagne chaque pourcentage. Le risque d'erreur est inférieur à cinq pour cent quand nous affirmons que le pourcentage de la population se situe dans cet intervalle. Avant l'hystérectomie, 16 femmes sur 41, soit 39 pour cent, redoutaient une grossesse éventuelle (tableau II). Cette proportion n'est qu'un estimé du pourcentage réel de la population qui peut varier de 23,8 à 54,2 pour cent. Les malades, dans une proportion de 19,5 pour cent, jugeaient l'opération évitable. Les malades souffraient de névrose ou de psychose dans une proportion de 80,5 et de 19,5 pour cent. Parmi les autres données nous retenons que seulement 22 pour cent des femmes avaient un orgasme fréquent et que la moitié d'entre elles acceptaient la vie génitale comme un devoir. L'absence de chevauchement des intervalles de confiance pour les névroses et les psychoses nous permet d'affirmer avec un risque d'erreur de cinq pour cent que les névroses sont significativement plus fréquentes que les psychoses dans notre population (tableau II). Selon l'opinion des patientes après l'opération il y aurait eu détérioration de la personnalité dans 63,4 pour cent des cas, *statu quo* dans 24,4 pour cent et amélioration dans seulement 12,2 pour cent des cas. Il existe une différence significative entre la fréquence de détérioration et de *statu quo* et la fréquence d'amélioration et de détérioration.

TABLEAU II

Quelques caractéristiques avant et après l'hystérectomie

CARACTÉRISTIQUES		EFFECTIF — (N=41)	EFFECTIF — (en pourcentage)	INTERVALLE DE CONFIANCE — (coefficient de risque: 0,05)	
AVANT HYSTÉRECTOMIE.....	Grossesse redoutée.....	16	39,0	23,8 - 54,2	
	Hystérectomie évitable selon la patiente.....	8	19,5	7,1 - 31,9	
APRÈS HYSTÉRECTOMIE.....	Névrose.....	33	80,5	68,1 - 92,9	
	Psychose.....	8	19,5	7,1 - 31,9	
	Orgasme.....	Inexistant ou rare.....	19	46,3	30,7 - 61,9
		Occasionnel.....	13	31,7	17,1 - 46,3
		Fréquent.....	9	22,0	9,0 - 35,0
	Vie génitale = devoir.....	20	48,8	33,2 - 64,4	
Vaginisme.....	8	19,5	7,1 - 31,9		

Après l'hystérectomie les modifications de la vie génitale ne sont pas significatives entre elles. Par ailleurs, 56,1 pour cent des malades ont souffert d'un syndrome ménopausique important alors que 26,8 pour cent n'en ont pas eu. Cette différence est significative (tableau III).

Parmi les 33 patientes névrotiques, 25 souffraient de réaction dépressive ; quatre, de réaction phobique ; deux, de réaction obsessionnelle ; une, de réaction de conversion et la dernière, d'alcoolisme. Dans cette population névrotique la fréquence de réaction dépressive varie de 60,8 pour

TABLEAU III

Evolution de la personnalité, de la vie génitale et du syndrome ménopausique après l'hystérectomie

CARACTÉRISTIQUES		EFFECTIF — (N=41)	EFFECTIF — (en pourcentage)	INTERVALLE DE CONFIANCE — (coefficient de risque : 0,05)
PERSONNALITÉ..... (posthystérectomie)	Détérioration.....	26	63,4	48,4 - 78,4
	Statu quo.....	10	24,4	11,0 - 37,8
	Amélioration.....	5	12,2	2,0 - 22,4
VIE GÉNITALE..... (posthystérectomie)	Détérioration.....	15	36,6	21,6 - 51,6
	Statu quo.....	15	36,6	21,6 - 51,6
	Amélioration.....	11	26,8	13,0 - 40,6
SYNDROME MÉNOPAUSIQUE..... (posthystérectomie)	Absent.....	11	26,8	13,0 - 40,6
	Peu important.....	7	17,1	5,3 - 28,9
	Important.....	23	56,1	40,7 - 71,5

TABLEAU IV

Classification des névroses

DIAGNOSTIC	NOMBRE DE CAS	NOMBRE TOTAL DE CAS	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE — (coefficient de risque : 0,05)
NÉVROSE.	Réaction dépressive	25	75,8	60,8 - 90,8
	Réaction phobique	4	24,2	9,2 - 39,2
	Réaction obsessionnelle compulsive	2		
	Réaction de conversion	1		
	Alcoolisme	1		
	Total	33	33	100,0

cent à 90,8 pour cent. Par ailleurs la fréquence de tous les autres diagnostics pris ensemble va de 9,2 pour cent à 39,2 pour cent (tableau IV). Cette différence entre proportions, hautement significative, n'est peut-être pas spécifique aux patientes hystérectomisées. Elle peut aussi s'expliquer par la facilité avec laquelle le diagnostic de réaction dépressive névrotique est posé ou encore par la grande fréquence de ces réactions dépressives chez toutes les femmes hospitalisées à l'Institut Albert-Prévost.

2. Corrélation caractère quantitatif - caractère qualitatif (tableaux V, VI et VII) :

Que les malades soient névrotiques ou psychotiques leur âge à l'opération est sensiblement le même. Au moment de l'enquête par contre les femmes psychotiques sont significativement plus âgées que les névrotiques (tableau V). Cette constatation pourrait suggérer une continuité de la névrose à la psychose si l'hystérectomie joue un rôle pathogénique réel. Elle pourrait aussi bien ne refléter que la distribution d'âge de la population en général en fonction du diagnostic psychiatrique.

Il n'y a pas de corrélation significative entre d'une part l'âge à l'hystérectomie et d'autre part la crainte de la grossesse, l'opportunité de l'opération telle que jugée par la patiente, les variations

TABLEAU V

Age à l'hystérectomie chez les névrosées et les psychosées

GROUPE	ÂGE MOYEN (années)		F	P
	CHEZ LES NÉVROTIQUES (N=33)	CHEZ LES PSYCHOTIQUES (N=8)		
Age à l'hystérectomie	34,0	34,9	0,10	n.s.
Age lors de l'enquête	32,1	50,0	4,91	<0,05

de la personnalité et de la vie génitale après l'opération ainsi que l'importance du syndrome ménopausique (tableau VI). Il est à noter que les patientes qui redoutaient une grossesse éventuelle n'ont pas été hystérectomisées plus tôt que celles qui n'entretenaient pas cette crainte. Dans le premier groupe l'âge moyen à l'hystérectomie est de 34,4 ans alors qu'il est de 34,0 dans le second.

Il existe une corrélation positive entre le nombre de grossesses et la fréquence de l'orgasme. Les patientes qui présentent des orgasmes fréquents ont en moyenne 6,6 grossesses et les autres 3,3. Cette différence est significative à un seuil de probabilité de cinq pour cent. D'autre part les femmes qui considèrent la vie génitale comme un devoir n'ont ni plus ni moins de grossesses que

TABLEAU VI

Age à l'hystérectomie par rapport à quelques caractéristiques

CARACTÉRISTIQUES	EFFECTIF	ÂGE MOYEN À L'HYSTÉRECTOMIE (années)	F	P
GROSSESSE REDOUTÉE	Oui	34,4	0,02	n.s.
	Non	34,0		
HYSTÉRECTOMIE JUGÉE PAR LA PATIENTE	Évitable	32,0	0,98	n.s.
	Inévitable	34,7		
PERSONNALITÉ POSTHYSTÉRECTOMIE	Détérioration	32,9	2,56	n.s.
	Statu quo ou amélioration	36,4		
VIE GÉNITALE POSTHYSTÉRECTOMIE	Détérioration	36,3	2,50	n.s.
	Statu quo ou amélioration	32,9		
SYNDROME MÉNOPAUSIQUE POSTHYSTÉRECTOMIE	Absent ou bénin	32,6	1,66	n.s.
	Important	35,4		

celles qui ont une attitude positive en face de la vie hétérosexuelle (tableau VII).

3. Association caractère qualitatif - caractère qualitatif (tableaux VIII, IX et X) :

La comparaison des névrotiques aux psychotiques n'indique pas d'association statistique entre d'une part le diagnostic et d'autre part l'opinion des malades sur l'opportunité de l'opération et les changements postopératoires de leur personnalité. Une tendance cependant se dessine : aucune des patientes psychotiques n'a jugé l'hystérectomie évitable et les huit patientes qui émettent des

doutes sur la nécessité de l'opération se recrutent parmi les névrotiques (tableau VIII).

En comparant l'attitude des femmes vis-à-vis la sexualité (vie génitale=devoir) et les autres facteurs étudiés dans le tableau IX nous retrouvons aucune association de caractère sauf pour ce qui a trait à la fréquence de l'orgasme. Aucune des femmes qui déclarent avoir un orgasme fréquent ne considère la vie génitale comme un devoir : il y a association stochastique significative ($p < 0,001$) entre l'opinion qu'a la femme de sa vie génitale et le plaisir physique qu'elle en éprouve.

TABLEAU VII

Nombre de grossesses par rapport à quelques caractéristiques

CARACTÉRISTIQUES	EFFECTIF	NOMBRE MOYEN DE GROSSESSES	F	P
VIE GÉNITALE = DEVOIR	Oui	3,9	0,07	n.s.
	Non	4,2		
ORGASME	Inexistant, rare ou occasionel	3,3	7,15	< 0,05
	Fréquent	6,6		
HYSTÉRECTOMIE JUGÉE PAR LA PATIENTE	Évitable	3,9	0,03	n.s.
	Inévitable	4,1		

TABLEAU VIII

Quelques caractéristiques selon qu'il s'agit d'une névrose ou d'une psychose

CARACTÉRISTIQUES	DIAGNOSTIC				χ^2	p	
	NÉVROSE		PSYCHOSE				
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage			
HYSTÉRECTOMIE JUGÉE PAR LA PATIENTE..	Évitable.....	0	24,2	0	0	1,496	n.s.
	Inévitable.....	25	75,8	8	100		
PERSONNALITÉ POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Détérioration.....	22	66,7	4	50	0,814	n.s.
	Statu quo ou amélioration.	11	33,3	4	50		
TOTAL.....		33	100	8	100		

TABLEAU IX

Influences de certains caractères sur la conception de la vie génitale

CARACTÉRISTIQUES	VIE GÉNITALE = DEVOIR				χ^2	p	
	OUI		NON				
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage			
ORGASME.....	Inexistant, rare ou occasionnel.....	20	100	12	57,1	11,029	<0,001
	Fréquent.....	0	0	9	42,9		
GROSSESSE REDOUTÉE.....	Oui.....	10	50	6	28,6	1,984	n.s.
	Non.....	10	50	15	71,4		
HYSTÉRECTOMIE JUGÉE PAR LA PATIENTE.	Évitable.....	2	10	6	28,6	2,242	n.s.
	Inévitable.....	18	90	15	71,4		
PERSONNALITÉ POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Détérioration.....	12	60	14	66,7	0,204	n.s.
	Statu quo ou amélioration.	8	40	7	33,3		
VIE GÉNITALE POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Détérioration.....	9	45	9	42,9	1,214	n.s.
	Statu quo ou amélioration.	11	55	12	57,1		
SYNDROME MÉNOPAUSIQUE POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Absent ou bénin.....	9	45	9	42,9	0,014	n.s.
	Important.....	11	55	12	57,1		
TOTAL.....		29	100	21	100		

Nous n'avons pu rejeter l'indépendance entre, d'une part, l'opinion de la malade sur l'opportunité de l'hystérectomie et, d'autre part, la crainte de la grossesse, les variations de la personnalité et l'im-

portance du syndrome ménopausique (tableau X). Toutefois cette opinion des malades est en corrélation avec les variations de leur vie génitale post-hystérectomie ($p < 0,01$). Aucune des patientes

TABLEAU X

Quelques caractères et le jugement de la patiente sur l'hystérectomie

CARACTÉRISTIQUES	HYSTÉRECTOMIE JUGÉE PAR LA PATIENTE				χ ²	p	
	ÉVITABLE		INÉVITABLE				
	Nombre de cas	Pourcentage	Nombre de cas	Pourcentage			
GROSSESSE REDOUTÉE	Oui.....	3	37,5	13	39,4	0,005	n.s.
	Non.....	5	62,5	20	60,6		
PERSONNALITÉ POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Détérioration.....	6	75,0	20	60,6	0,541	n.s.
	Statu quo ou amélioration.....	2	25,0	13	39,4		
VIE GÉNITALE POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Détérioration.....	0	0	15	45,5	5,662	< 0,01
	Statu quo ou amélioration.....	8	100	18	54,5		
SYNDROME MÉNOPAUSIQUE POSTHYSTÉRECTOMIE.....	Absent ou bénin.....	2	25,0	16	48,5	1,418	n.s.
	Important.....	6	75,0	17	51,5		
TOTAL.....		8	100	33	100		

qui jugeaient l'hystérectomie évitable n'a jugé sa vie génitale détériorée après l'opération. Les femmes les plus critiques semblent les mieux adaptées à la vie sexuelle et les femmes les mieux équilibrées sur le plan sexuel tiennent davantage à l'intégrité de leur système génital.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Cette étude décrit et analyse 41 malades psychiatriques chez lesquelles on retrouve une hystérectomie dans l'histoire chirurgicale. Les réactions névrotiques sont quatre fois plus fréquentes que les réactions psychotiques et, parmi les névroses, les réactions dépressives sont de loin celles que l'on rencontre le plus souvent. Les malades psychotiques sont significativement plus âgées que les névrotiques tout en ayant été opérées au même âge. De plus, elles mettent moins en doute la nécessité de l'intervention qui les laisse plutôt indifférentes.

Après l'hystérectomie un syndrome ménopausique important est souvent observé et les modifications de la vie génitale sont moins fréquentes que

celles qui affectent la personnalité. Les malades qui mettent en doute l'opportunité de leur hystérectomie sont les moins atteintes dans leur personnalité après l'opération.

Les femmes qui ont un orgasme fréquent ne considèrent pas la vie génitale comme un devoir et le nombre de grossesses n'est pas lié aux conceptions morales des patientes mais à leur faculté d'avoir des orgasmes.

Parce qu'une enquête rétrospective même bien menée est un instrument grossier, peu sûr et une méthode peu rentable, nous n'osons pas établir de façon absolue de relations de cause à effet entre caractères. Tout ce que nous avons voulu faire dans ce travail se résume dans les points suivants :

1° Une description statistique de notre population ;

2° L'établissement de corrélations et d'associations qui nous permettent d'émettre les hypothèses les plus plausibles qu'il faudra de toute nécessité vérifier dans des études futures, hypothèses qui devront de plus être confirmées dans d'autres milieux que le nôtre.

SUMMARY

This study depicts and analyses a sample of 41 psychiatric patients previously hysterectomized. Neurosis are four times more frequent than psychosis. Among neurosis, depressive reactions are the most often occurring. Psychotic patients are significantly older than the neurotic ones, though hysterectomy was performed at about the same age. Furthermore the psychotic patients are less doubtful of the necessity of the operation and present a noticeable lack of interest about this surgical procedure.

After hysterectomy, menopausal syndrome is more often important and changes of the genital life are less frequent than modifications of the personality. The patients who express doubts about the necessity of the operation are less marked by modifications of the personality.

Women who can often reach orgasm do not consider genital life as a duty and the number of pregnancies is not related to the moral principles of the patients but to the aptitude to reach orgasm.

A retrospective survey, though performed with great rigor remains a blunt instrument. For that reason we do not venture to establish any

causal interpretation. The present study only intends to bring out the following points :

1. A statistical description of our population ;
2. Measures of correlations and associations that will enable us to put forward the more plausible hypothesis which evidently must be verified in future prospective surveys. These hypothesis would also need to be confirmed by further evidence in other milieu.

BIBLIOGRAPHIE

1. ACKNER, B., *Advances in psychosomatic medicine*, Robert Brunner, New-York, 1961.
2. ASSÆL, M., et AVROUSKINE, M., Hysterectomy: a psychosomatic case study, *Acta neurol. psychiat. Belg.*, **62** : 927, 1962.
3. BORDELEAU, J.-M., et MARTEL, P., Hystérectomie et troubles psychiatriques, *Union méd. Canada*, **91** : 602, 1962.
4. DOYLE, J. C., Unnecessary hysterectomies, *J. Amer. Med. Ass.*, **151** : 360, 1953.
5. KRAFFT-EBING, R. V., *Lehrbuch der Psychiatrie*, Ende, Leipzig, 1890.
6. LINDEMANN, E., Observations on psychological sequelæ to surgical operations in woman, *Amer. J. Psychiat.*, **98** : 132, 1941.
7. MILLER, N. F., Hysterectomy : therapeutic necessity or surgical racket, *Amer. J. Obst. Gynec.*, **51** : 804, 1946.
8. PATTERSON, R. M., et CRAIG, J. B., Misconceptions concerning the psychological effects of hysterectomy, *Amer. J. Obst. Gynec.*, **85** : 104, 1963.
9. RICHOU, H., et DACHARY, J.-M., Les troubles psychiques après hystérectomie et ovariectomie, *Presse méd.*, **72** : 755, 1962.
10. STENGEL, E., ZEITLYN, B. B., et RAYNER, E. H., Post-operative psychoses, *J. Ment. Sci.*, **104** : 389, 1958.

BUTAPERAZINE AND HALOPERIDOL: A COMPARATIVE TRIAL OF TWO ANTIPSYCHOTIC DRUGS*†

H. WARNES, M.D., H. E. LEHMANN, M.D.,
T. A. BAN, M.D., and J. H. LEE, M.A.,
Verdun Protestant Hospital, Verdun, Québec.

Since the introduction of new psychotropic drugs, the therapy of acute psychiatric patients has been successful while the chronic psychotic population tends to remain resistant — beyond a certain level of improvement — to any form of treatment. The present study was designed to investigate the efficacy of butaperazine¹ (2, 3 and 6), a new phenothiazine containing a piperazine side chain ring and haloperidol¹ (4), a butyrophenone compound, on chronic psychotic patients. Both of these drugs are only in an investigational stage in Canada although they have been used extensively in Europe since approximately 1960. Therefore, in comparing these drugs, we employed dosages recommended by European investigator.

PROCEDURE

Subjects:

Twenty chronic psychotic (schizophrenic) patients were included in this double-blind, cross-over study of butaperazine and haloperidol. The mean age of the patients in Group I was 40.8 years and in Group II, 39.8 years. The average age of the two groups was 40.3 years and median 39.5 years. The mean duration of hospitalization was

9.1 years (8.7 years for Group I and 9.6 years for Group II).

Method:

The butaperazine and haloperidol were dispensed in large yellow capsules (5 mg. of butaperazine and 2 mg. of haloperidol per capsule) making it impossible to distinguish between the two medications, either by inspection, smell or taste.

The study began with a two week medication-free period after which one half of the patients (Group I) were given butaperazine and the other half of the patients (Group II) haloperidol, in increasing dosages (15 to 45 mg. or 6 to 18 mg. daily, respectively).

Following the first ten-week trial, all medications were discontinued for two weeks and a cross-over of medications was effected for the second ten-week trial period. Thus, Group I, previously receiving butaperazine was given haloperidol and Group II, previously receiving haloperidol, was given butaperazine. However, because of an administration error, the dosage during the second ten-week trial was not increased above the initial dosage. Thus, the average dose of each drug for the second trial period was far lower than for the first ten-week trial period.

The patients were assessed on the Verdun Target Symptom Rating Scale (5) at the end of each two-week medication-free period and every two weeks during both ten-week trial periods by

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

† This study was supported by Public Health Service Research Grant MH-05202-04 from the U.S. Department of Health, Education and Welfare.

1. The butaperazine (Randolectil) and haloperidol used in this study were generously supplied through the courtesy of FBA Pharmaceuticals Limited and McNeil Laboratories Limited, respectively.

the psychiatrist in charge of the patients. Physical measures (blood pressure, pulse and respiration rate, temperature and weight) were taken at the same times as the ratings. Laboratory tests (hemoglobin, white blood cell count, urinalysis, alkaline phosphatase and transaminase: SGOT and SGPT) were done before beginning and four times during the experimental period.

Fourteen of the patients were assessed on the Verdun Conditioning Battery (1) at the end of the cross-over, medication-free period and again after they had been receiving medication for two weeks (second trial period) to determine what effect, if any, the drugs might have on conditional reflex behavior.

RESULTS

1. Target symptom rating scale scores:

a) *Total Scores—Phase I.* The mean total target symptom scores for Phase I and II are shown in Figure 1. Butaperazine effected significant improvement over the pre-trial totals after nine weeks of administration. Patients receiving haloperidol during Phase I showed significant improvement after seven weeks and there was little further change to the end of the trial. At no time during the first phase were the differences between the butaperazine and haloperidol group significant.

b) *Total scores—Phase II.* There was little change in the scores during the second phase when the patients were receiving smaller amounts of medication although the patients maintained the level reached during the previous ten-week trial period. Again, there was no significant difference between the total scores of the two groups.

c) *Individual symptom scores.* The only significant improvement occurred in "impairment in object relations" and this was noted with both butaperazine and haloperidol during Phase I. Excitement, suspiciousness, hallucinations and delusions also tended to improve during the same period with both drugs but this never reached statistical significance.

b) *Side effects.* Side effects largely of the extrapyramidal variety were seen in fourteen of the twenty patients. They were more frequent with haloperidol than butaperazine in the higher dosages while the incidence with lower dosages was similar for the two drugs.

2. Physical measures and laboratory results:

Physical measures and laboratory tests did not reveal any toxic effects of the drugs. Blood pressures tended to be on the low side (particularly with butaperazine in high doses) but remained within normal limits.

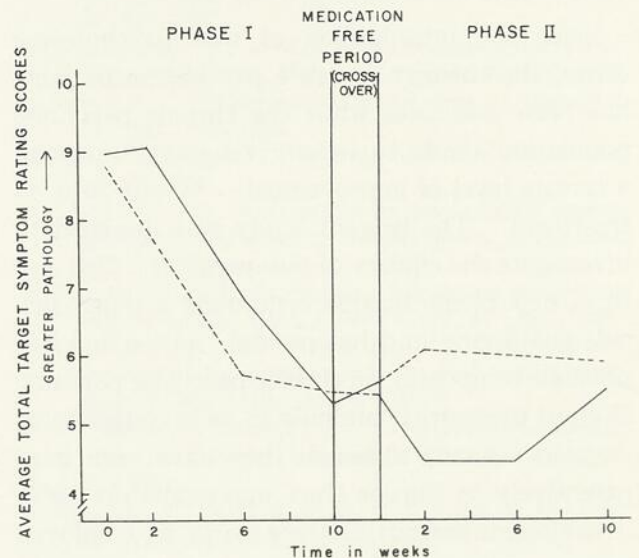


Figure 1. — Average total target symptom rating scores of haloperidol (..) and butaperazine (—) in Phase I and Phase II of the study.

3. Conditioning battery findings:

Fourteen patients were assessed on the Verdun Conditioning Battery and the significance of the changes (all decreases) from the first to the second testing are shown in Figure 2. Thus, a significant decrease in the frequency of occurrence of the orienting and conditional response was seen with haloperidol, while butaperazine showed a significant decrease only in the frequency of the conditional response. There was also a significant decrease in the amplitude of the conditional and unconditional responses in patients receiving haloperidol.

FREQUENCY

AMPLITUDE

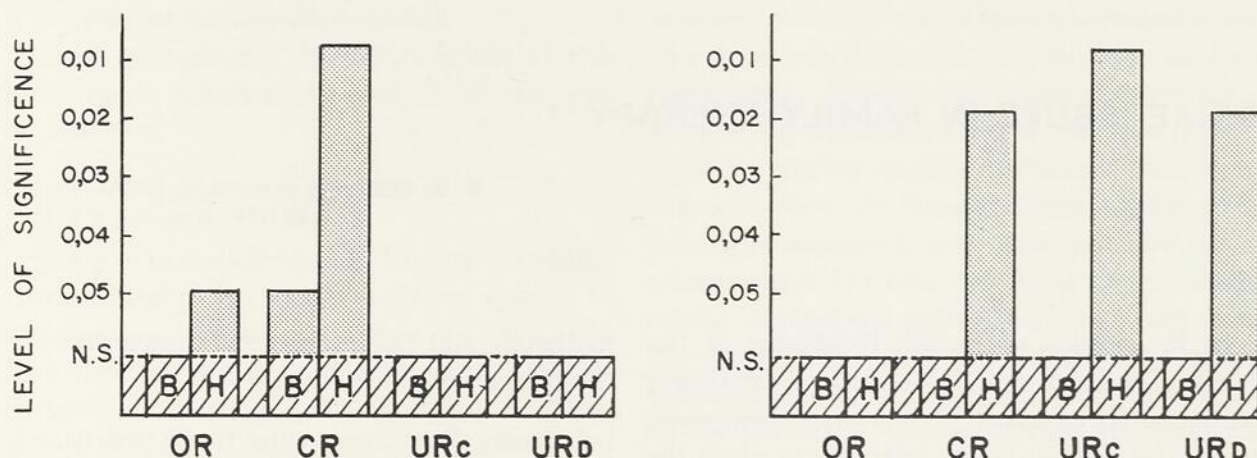


Figure 2. — Changes in OR, CR and UR, effected by the two drugs.

Legend: B.: Butaperazine;
H.: Haloperidol;
OR.: Orienting response;

CR.: Conditioned response;
URc.: Unconditioned response during conditioning;
URd.: Unconditioned response during differentiation.

SUMMARY

Twenty chronic psychotic patients were included in this double-blind, cross-over study of butaperazine and haloperidol. The dosage of butaperazine ranged from 15 mg. to 45 mg. daily, and that of haloperidol, from 6 mg. to 18 mg. daily. Psychotic symptomatology improved markedly with the higher dosages of both drugs although haloperidol appeared to effect significant improvement more rapidly (after 7 weeks of administration) than butaperazine (after 9 weeks). At the lower dosages, both drugs maintained improvement.

Patients were also assessed on a conditioning battery and although haloperidol seemed to have a stronger effect on the conditional reflex behavior, this was not reflected clinically.

Side effects (mainly extrapyramidal symptoms) were noted in fourteen of the twenty patients and were more frequent with haloperidol than butaperazine at the higher dosages although there was

no difference between the drugs at the lower dosage range.

REFERENCES

- BAN, T. A., CHOI, S. M., and LEE, H., Differential conditioning in organic and functional psychoses, *Proceed. First International Congress of Social Psychiatry*, London, England, August 17 to 22, 1964. (In press.)
- BISHOP, M. P., GALLANT, D. M., NESSELHOF, W., Jr., et al., A controlled evaluation of butaperazine in chronic schizophrenic patients, *Dis. Nerv. Syst.*, 25 : 674, (Nov.) 1964.
- COHEN, S., Butaperazine in chronic schizophrenia, *Mind*, 2 : 267, (Sept.) 1964.
- LEHMANN, H. E., and BAN, T. A. (editors), The butyrophenones in psychiatry, *First North American Symposium organized by Québec Psychopharmacological Research Association*, (Oct.) 1964.
- LEHMANN, H. E., BAN, T. A., MATTHEWS, V., and GARCIA-RILL, T., The effect of haloperidol in acute schizophrenic patients. A comparative study of haloperidol, chlorpromazine and chlorprothixene. The butyrophenones in psychiatry, *First North American Symposium organized by Québec Psychopharmacological Research Association*, (Oct.) 1954.
- SHARPLEY, P., HEINSTAD, G., and SCHIELE, B. C., Comparison of butaperazine and perphenazine: a double-blind controlled study, *Psychopharmacologia*, 5 : 209, 1964.

SOME ISSUES IN FAMILY THERAPY * †

N. B. EPSTEIN, M. D.,¹ J. J. SIGAL, Ph. D.,²
V. RAKOFF, M. B., F. R. C. P. (C).³

In the Section of Family Psychiatry at the Jewish General Hospital our emphasis is always on the family as a unit. Our primary therapeutic tool is the conjoint family interview in which the therapist interviews the whole family together. However, we maintain a flexible approach which may utilize individual, group, drug or other physical therapies as required, concurrently with conjoint family interviews.

One of the basic hypotheses underlying conjoint family treatment is the concept of the family as a homeostatic unit. In any given family all members attempt to achieve the most complete fulfillment of their own needs and a homeostatic equilibrium unique to each family grows out of the interplay of the following forces: 1) Individual strivings, 2) the ongoing transactional patterns in the family, and 3) socio-cultural forces.

The process of achieving and maintaining equilibrium may be understood from a number of conceptual vantage points. Two which we find most helpful are psychoanalytic dynamics and learning theory. Dynamic concepts of psychoanalysis contribute to our understanding of the motives underlying the interactional pattern in

the family and the intrapsychic consequences of this interaction.

Learning theory contributes to our understanding of:

1) How each member of the family attempts to mould the behaviour of the others in such a way as to achieve maximal gratification of his needs; and, 2) how, in turn, the needs of the individual are moulded by family interactions. Through a series of rewards and punishments all members of the family are continually engaged in trying to shape the behaviour of other members. The methods vary from member to member and family to family and generally proceed without the members being aware of the process. Parental interactions and personalities are likely to be the dominant influences in shaping family organization and function.

Some examples of these reward and punishment systems follows:

1. A father who has always had difficulty with the women in his family of orientation, subtly rewards aggressive behaviour of his son towards his daughter, by smiling or by delaying punishment. In doing so, the father tacitly encourages the boy to continue his aggression, thereby satisfying his own wishes which, in time, also become the son's.

2. Under the guise of concern for his physical welfare an anxious mother actively discourages her son from participating in appropriate masculine behaviour. She withholds approval from athletics and responds with warmth and love only when he plays with dolls or stays near her

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

† This article has been based on investigations aided by grants from Foundation's Fund for Research in Psychiatry and the Laidlaw Foundation.

1. Psychiatrist-in-Chief and Director of Research, Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montréal. Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University, Montréal.

2. Associate Director of Research, Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montréal. Assistant Professor, Department of Psychiatry, McGill University, Montréal.

3. Assistant Director of Research, Department of Psychiatry, Jewish General Hospital, Montréal. Lecturer, Department of Psychiatry, McGill University, Montréal.

in the kitchen. This boy quickly gets the message that he will only have mother's love and approval if he gives up his masculine striving.

These examples are relatively simple. Family life is much more complex and usually involves all members.

GENERAL TECHNIQUE

The goal of conjoint family therapy is to bring characteristic reward and punishment systems to the attention of family members. At the same time they are helped to develop more adaptive patterns of interaction. The therapist should be an active catalyst stimulating typical interactions in order to bring them to the awareness of the family as they occur.

In individual therapy the therapist has two principal sources of information: 1) The patient's reports; and, 2) transference behaviour. In conjoint family therapy the therapist need not rely exclusively on such indirect and potentially distorted information. The drama of family life is played out before the eyes of the therapist and the family members, and interpretations are made on the basis of behaviour seen by all. As a result the impact tends to be greater and intellectualization becomes very difficult.

ISSUES

There are a number of interesting issues which arise in the practice of family therapy. For the purposes of this paper, we have selected two for detailed discussion.

A. *Family secrets* :

A frequently proposed objection to the conjoint interview is that the children may be harmed should they be exposed to material detrimental to the image of the parents. From their pooled experience, the authors have had considerable difficulty in finding examples where this might in fact have happened. There seem to be very few « secrets » in a family. The children are usually aware of most aspects of their parents' lives and relationships, sometimes even the intimacies of

their sexual life. The problem is not simply one of revealing or labelling so-called secrets but the clear exposure of distorted transactions and of the effects of personality defects on the family's functioning. Whatever the nature of the problem exposed, the children would have had to cope with it on one level or another throughout their lives. The open discussion of material allows the child to deal more adequately with those parental weaknesses which threaten his integrity. Realistic coping mechanisms replace diffuse anxiety once the threat is identified and defined. Of course, the reaction of a child to a given problem depends on the life stage. Infants and latency children, for example, may frequently « not understand » much of the material which could be of importance to the adolescent.

While not accepting evasive manoeuvres and attempts at manipulation, the therapist will use all his skill to keep difficult communications within the boundaries of tact and ordinary humanity. For example, in the presence of the children, he will deliberately avoid eliciting material related to the sexual life of the parents. However, should this material emerge spontaneously, he may steer the interview in other directions. Certain sexual material is, naturally discussed in family sessions. When necessary, he does not hesitate to see the parents without the children in order to deal with the more intimate aspects of their relationship.

The following clinical examples will serve to illustrate the relatively untraumatic results of frank discussion of « forbidden » issues and the potentially beneficial effects of such discussions :

1. Throughout a diagnostic interview the parents alluded to a crucial secret in the life of the father. They attributed all the family's difficulties to this. On a number of occasions the secret was almost disclosed and then seductively withheld. The parents protested that the revelation in the children's presence would be too destructive. After many preliminaries and much probing the secret emerged : the father had been disowned in his father's will. During the reading of the will

in which he had been left the proverbial dollar he had felt himself humiliated. He attributed his chronic failure and defeat to that incident. Following this revelation, the children said that they had known this all along and had in fact talked about it in the family. Revelation of this « secret » opened the way to supportive moves by the children and to exploration of the true reasons for father's feelings.

2. A case came to therapy because the parents had difficulty in controlling their pubescent son. His infantile, demanding, manipulative behaviour was reinforced by mother's martyr-like overprotection. During the course of therapy it was pointed out that father had behaved in an almost identical fashion early in marriage. The interpretation was made that mother needed to have an infantile demanding manipulative son and when the father had refused to continue playing this role, the son was « pressed into service ». The two children of the family were present when father's infantile behaviour, which included repeated suicidal threats was revealed. Neither the children nor the parents were upset by this revelation. It was in fact followed by an improvement in the relationship between father and son.

3. Members of a multi-problem family constantly disparaged father for his unusual working hours and habits. The parents had never revealed to the children the true nature of father's occupation, that of a professional gambler. At one point during family therapy the parents were encouraged to reveal this fact to the children. Instead of the traumatic effect expected by the parents, the children responded very positively. They gave father the sympathetic respect he needed when his position was explained.

B. *Transference and counter-transference :*

The second question we wish to discuss is the problem of transference and counter-transference phenomena in family therapy.

The problem is usually phrased in the following terms : The family therapist is more active and exposes himself more than is common in individual

therapy. He ceases to be the hypothetical non-revealing screen. His excessive involvement interferes with the purity of the transference phenomena he observes and could also give rise to counter-transference difficulties.

Meaning of transference : To approach this problem we must first turn to an examination of what is meant by « transference ». Freud (1) defined transference as reacting to people, not in terms of what they are, but as if they were significant figures from one's past. Glover (2) has emphasized that Freud did not limit this definition to reactions that occur only in relation to a therapist. Transference reactions happen in relation to anyone with whom one may be interacting at any time. What we see going on in a family's current interaction is to a large degree a system of mutual intrafamilial transferences, built on the complex history of the family. Transference phenomena during conjoint family therapy appear not only in relation to the therapist but to all participants in the treatment. (It is essential to note that, for the children the other participants are those responsible for generating their transference reaction patterns.)

These phenomena may also be understood from other points of view :

1. In learning theory terms transference phenomena may be formulated as learned behaviour « sets » ; i.e. readiness to react in a fixed way to any number of similar situations. At vital stages in his life the individual learns how to respond to people in his environment. This involves both the perception of the others and an expectation of how they will behave towards himself. In later life the pattern is taken into all new encounters. It would appear that in addition to the purely learned perceptual element of the consistent expectation there is a biological phase-specific element. The individual therefore both learns what to do in any new situation and brings to it the particular needs consistent with his life stage. Seen in this light, transference may be considered to be a biological-developmental and a learning-perceptual phenomenon.

2. In adaptational terms transference behaviour implies the consistent use of adaptive patterns acquired in the individual's earliest relationships to the most important figures in his life, namely, the family members. He responds to all situations with this relatively fixed armamentarium. The treatment situation is one such encounter, and he uses his characteristic pattern with the therapist and the members of his family.

A common feature of all the above formulations is the distortion of behaviour and perception in « here and now situations » as a result of formative relatively consistent experiences with vital figures in the past.

Clinical considerations : In family therapy, the major area of difficulty of the patient, the family, is brought into the treatment process. We do not deal with reports of the problem, but with actual specimens of characteristic behaviour. Interpretations can be vividly related to things happening at the moment of interpretation. The patient's distorted reporting of events is corrected by other members of the family, and the therapist does not have to wait for the gradual emergence of implicit clues. He can interpret without the problems of inaccuracies of reporting or of inferences from transference behaviour directed only towards himself.

We believe that because of his lesser importance as a transference figure the therapist is freer to make important and perhaps difficult interpretation. When transference reactions do occur, they are dealt with in the normal fashion. The active role of the therapist does not imply abandoning any of the disciplines which he has learned in his dealing with individual patients. This is not an entirely new kind of therapy ; it is an adaptation of clinically tested techniques to the family situation, to the reality and to the reported phantasy of the patient's life.

It has been well demonstrated in the group therapy of alcoholics, homosexuals and drug addicts, who in a sense constitute a family (they know the rules of the game among themselves) that they accept interpretations far more readily

from fellow members of the group, than from the outsider therapist.

It is, therefore, a function of the therapist's skill to allow each member of the group — in this case the family — to become an ancillary therapist. However, he maintains his vigilance and never allows this person to become a « pseudo-therapist » and so lose his place as a member of the group. There is only one « participant observer » in the family therapy, namely the therapist.

Some examples of the handling of transference phenomena in family therapy follow :

1. There is a consistent and constant mutually seductive, « joking relationship » between father and teenage daughter in the family. The goal is mutual control. During the course of family sessions the girl attempts to reproduce this relationship with the therapist (who is male). The therapist is able to make an interpretation of this behaviour when it occurs in relation to him and connect it to similar behaviour in relation to her father.

2. The following is an example of the way in which a member of the family may interpret the transference : The father had been discussing at great length how he heaped abuse on his mother when he was a young boy because of the way she had treated him. He concluded his story by saying : « Now it doesn't bother me any more. » His wife replied : « No, now you treat me as if I were your mother. »

Counter-transference : The issue of counter-transference phenomena is important. First we would like to lay to rest the myth of the blank-screen therapist. Alexander and his group (3) have clearly demonstrated that even the analyst working with the patient on the couch, is anything but a neutral figure.

He is actively involved in the therapeutic process and reveals his personality characteristics no matter how neutral he may try to appear.

The therapist in individual therapy, and the therapist in family therapy differ only in their

overt behaviour. Both attempt to elicit material from the patient (or patients) without unwarranted or distorted insertion of themselves into the therapeutic process. It is in the nature of the difference between the group and individual situations that the group demands and allows more active effort by the therapist in stimulating significant behaviour. He is in effect dealing with situations developing between at least three people, rather than a relationship with one other person. His function is to generate activity amongst the members of the family and to use this generated activity as the material for his interpretations.

Nevertheless, we have noted in our work a particular trap in family therapy, in which the unwary family therapist is likely to be caught. He may be drawn into playing the transactional game according to the family's rules. He then loses his distance from the family as a patient group, and begins to function as if in fact he were a member of the family. He denies the same things, displaces in similar ways, gets involved in family arguments and intellectual discussions, etc.

When a therapist finds himself acting as a family member rather than as a therapist, he can make use of this behaviour. We have frequently pointed this out to families by saying: « Look, you have even forced me to behave like mother (or father, or one of the children). You have sucked me in and for a moment I hadn't realized it. »

In this paper we have elaborated on two issues frequently brought into question during scientific discussion of the method of conjoint family therapy as practised in our hospital. We intend this to be the first in a series of such papers in which we shall examine and discuss many other significant features of this therapeutic approach.

RÉSUMÉ

L'interaction familiale se maintient à un certain niveau d'opération par l'interjeu des besoins personnels, des modes de communication familiaux de même que par les pressions socioculturelles. Les théories psycho-analytiques aident à saisir l'importance de la motivation tandis que la théorie de l'apprentissage sert à apprécier les moyens utilisés pour obtenir et conserver l'équilibre. La thérapie familiale dans laquelle le thérapeute reçoit en entrevue la famille comme groupe, permet l'observation directe des moyens utilisés par chacun des individus pour amener les autres membres du groupe à agir de manière à maintenir l'équilibre. Au cours de l'entrevue, le thérapeute peut faire les interprétations susceptibles d'éclairer les membres de la famille sur leur mode de communication et cela au moment même où l'action se passe. Il en résulte, contrairement à ce que l'on pense parfois, que l'étude des forces et des faiblesses parentales faite en présence des enfants ne saurait présenter de sérieux dangers. En effet, l'expérience prouve que cette façon de procéder permet une plus grande cohésion familiale de même qu'une adaptation plus réaliste des enfants aux problèmes existants. Les problèmes de transfert et de contre-transfert qui naissent souvent en thérapie individuelle peuvent être solutionnés plus facilement en thérapie familiale à cause des efforts actifs de tous les participants à résoudre les conflits de la famille et d'arriver à une adaptation plus appropriée.

REFERENCES

1. FREUD, A., The dynamics of transference, in *Collected Papers*, Vol. II, Hogarth Press, London, 1956.
2. GLOVER, E., The technique of psychoanalysis, *Ballière, Tindall and Cox*, London, 1955.
3. LEVY, N. A., An investigation into the nature of psychotherapeutic process: A preliminary report: science and psychoanalysis, Vol. IV, in *Psycho-analysis and social process*, Jules H. MASSERMAN, Editor, pp. 125-149, *Grune and Stratton*, New York, 1961.

LA REMOTIVATION, AUXILIAIRE THÉRAPEUTIQUE *

Normand PLANTE, M. D., et Gérard ROBERT, M. D.,
Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec.

INTRODUCTION

Le grand hôpital psychiatrique a cherché depuis plusieurs décennies à préciser son rôle ; ses réalisations sont de plus en plus nombreuses aussi bien à l'intérieur de ses murs qu'au niveau de la communauté, si bien que l'on parle de plus en plus de la psychiatrie sociale.

Il s'agit par conséquent d'adopter toutes les mesures susceptibles d'aider les sujets qui présentent des troubles mentaux, constitués ou à leur début, à conserver ou à retrouver le contact avec la société et une forme d'activité.

L'hôpital psychiatrique, conscient de son rôle social, surtout depuis l'avènement des substances psychotropes, a initié la politique de porte ouverte et établi une clinique externe. Le psychiatre et le personnel hospitalier peuvent établir un dialogue avec le malade mental. Cette communication nouvelle permet d'humaniser le malade en le revalorisant dans le milieu hospitalier, ce qui peut dans la suite lui assurer une réintégration plus efficace et plus durable au sein de la société. Plusieurs milieux psychiatriques nous présentent des schémas de service de traitement à domicile. Pour conserver au patient l'amélioration obtenue, on crée des programmes de postcure, des soins de jour, des clubs pour anciens patients, des maisons « à mi-chemin », des ateliers protégés, etc. D'autre part, les services communautaires qui se dévouent au malade mental voient leur efficacité

augmentée par leurs contacts avec le psychiatre et l'enseignement qui peut leur être dispensé.

Au sein même de l'hôpital psychiatrique, on s'efforce de donner au malade un statut médical et d'effacer le terme « chronique » dont on le qualifie encore. Il est facile d'obtenir ce statut médical pour le malade mental qui est traité à l'hôpital général ; on ne peut y garder le patient très longtemps ; l'action thérapeutique est rapide et valorisante, puisqu'on n'a pas les ressources locales ni le personnel pour y traiter des sujets qui s'invalideraient pendant des mois et des années en raison du caractère spécifique de leur maladie mentale.

Au niveau des services d'admission de l'hôpital psychiatrique, le malade mental garde encore son statut médical ; d'ailleurs le personnel médical et infirmier peut se comparer avantageusement à celui d'un hôpital général.

Malgré de grand mouvement thérapeutique qui s'inscrit au niveau social et hospitalier, il existe des secteurs trop nombreux de l'hôpital psychiatrique où la population est stagnante ; stagnante d'abord parce qu'il s'agit de patients traités jusque-là sans succès en raison même du trouble mental grave et invalidant, stagnante aussi parce que le patient cherche la dépendance et que le milieu l'encourage, stagnante enfin parce que la famille abandonne ou oublie son malade. Il existe de nombreuses études statistiques sur le sujet.

Comme le recommandait le docteur Glass, on peut prévenir ce phénomène de population stagnante dans le cadre de l'hôpital psychiatrique, soit en évitant que les patients, récemment admis,

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

tombent dans ce groupe, soit en déployant des efforts intensifs et continus pour réadapter et, ainsi, sauver de ce groupe certains patients déjà invalidés.

DÉFINITION ET TECHNIQUE DE LA REMOTIVATION

La remotivation est un auxiliaire thérapeutique qui peut s'inscrire avantageusement dans le programme de réadaptation, comprenant les jeux, la culture physique, le chant, les occupations industrielles, les visites guidées, etc. Le mot remotivation, comme celui de restructuration et bien d'autres qui signent le malaise de notre société, a besoin d'être défini.

Alice M. Robinson, directrice de l'école des infirmières au *Vermont State Hospital*, essaie de définir la remotivation comme une technique d'interaction des membres d'un seul groupe et qui peut être utilisée par l'aide psychiatrique avec ses propres patients. De plus c'est une activité structurée en cinq étapes, ce qui donne un programme continu, plus stable et plus durable. Le docteur C. Galbraith qualifie la remotivation comme des tentatives organisées en vue d'aider le malade à utiliser toutes ses ressources pour améliorer son état que l'on considérait antérieurement comme désespéré.

Chaque séance dure de 50 minutes à une heure. Au cours de la première étape de la séance, le remotivateur vise à créer un climat d'acceptation pour obtenir une atmosphère de détente entre les patients et lui-même. A la deuxième étape, le remotivateur établit un pont vers la réalité par une lecture objective et appropriée. Au cours de la troisième étape, l'aide psychiatrique se donne pour but de partager avec le patient le monde dans lequel nous vivons en posant des questions habilement préparées, en utilisant des photos découpées dans les revues, des cartes, des plantes, des pièces de bois sculptées par les patients, des modèles de céramique façonnés à l'atelier, etc. La quatrième étape est une appréciation du monde au travail et incite le patient à penser au travail en relation avec lui-même. En dernier lieu, la cinquième étape s'intitule climat d'appréciation ;

elle termine la séance et en prépare la prochaine. Pour chaque patient il existe une formule de première appréciation lors de la séance initiale et un rapport des progrès effectués lors des séances subséquentes ; le tout porte sur l'intérêt, l'attention, la participation, la compréhension, la connaissance, la lecture, la voix, l'élocution et le langage. Cette perspective d'appréciation est élaborée conjointement par le psychiatre coordonnateur, l'infirmière et l'aide psychiatrique.

Initiée en 1956 à Philadelphie par Dorothy Hoskins Smith, la remotivation eut sa reconnaissance officielle lors de la formation du Comité consultatif de la remotivation de l'*American Psychiatric Association Mental Hospital Service* qui travailla avec la compagnie Smith, Kline & French à la préparation des plans en vue d'établir des programmes de remotivation pour l'ensemble des États-Unis.

APPLICATION LOCALE

Cette compagnie s'est offerte, en 1963, à préparer, pour l'enseignement de la remotivation, des infirmières et des infirmiers psychiatriques de l'hôpital Saint-Michel-Archange. Cette même année fut tenté un premier essai d'application du mouvement au Pavillon La Jemmerais, annexe de 660 malades qualifiés comme chroniques.

A ce moment-là, nous avons fortement encouragé le personnel infirmier à suivre les cours d'initiation en vue d'une application de la technique au sein même des salles au nombre de 11. On doit exclure l'une d'elles qui joue le rôle d'infirmierie.

Le choix des patients et patientes (il y a deux salles d'hommes), fut fait conjointement par le médecin et l'infirmière. L'infirmière et l'aide devaient se partager la tâche de remotivateur ; l'infirmière laissée à elle-même eut tendance à délaissier cette nouvelle tâche qui semblait mal s'intégrer à ses fonctions médico-psychiatrique ; et l'aide était effrayé de cette responsabilité dans le cadre thérapeutique, en plus de penser qu'il pouvait s'agir d'une tâche supplémentaire non rémunérée.

Nous avons décidé d'établir un programme d'ensemble, d'employer la monitrice et une surveillante, ou un surveillant selon le cas, de chaque salle, comme remotivateur ; l'infirmière devait donner son appui à ces derniers.

A notre demande, les remotivateurs, quatre hommes et seize femmes, se sont alors élu un président et une secrétaire. Tandis que l'infirmier-instructeur surveillait la qualité du travail accompli, nous avons donné au groupe plusieurs conférences et, en plus de jouer un rôle de coordonnateur, nous assistions aux réunions des remotivateurs.

L'endroit se prêtait bien à un programme d'ensemble ; la répartition des salles est à peu près identique et donna 20 groupes de 10 à 12 patients et patientes, au total 212 patients, dont l'âge moyen était de 45 ans. Ils reçurent, durant quatre mois, une séance de remotivation par semaine. Quatre-vingts pour cent des patients étaient des schizophrènes, 15 pour cent étaient des arriérés mentaux et cinq pour cent avaient d'autres diagnostics.

La durée moyenne d'internement pour ces 212 patients et patientes était de 18 ans ; plusieurs d'entre eux participaient déjà aux activités de la salle, et allaient aux occupations thérapeutiques ou à la thérapie industrielle.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

La remotivation a permis de recueillir dans une fiche unique le degré d'amélioration de chacun de ces patients depuis le début des séances, aussi bien au niveau de la remotivation elle-même que dans la salle, aux loisirs et aux occupations thérapeutiques. On codifia de 0 à +++ le degré d'intérêt, d'activité et de communication que présentait chaque patient durant les quatre mois que durèrent les séances.

La figure 1 indique le degré d'amélioration obtenu. Comme il fallait s'y attendre, 16 pour cent des patients ne manifestèrent aucun changement ; par contre la courbe d'amélioration pour les autres patients n'est pas équivoque.

Ce résultat global, bien entendu, reflète aussi l'intérêt accru des aides sur les salles ; ce ne sont plus de simples ouvriers qui voyaient dans le malade un chronique ; les aides sont maintenant parties intégrantes d'une équipe comme le prouvent leurs sens d'initiative à la préparation des séances et à la fabrication d'objets pour ces mêmes séances. Les diverses activités thérapeutiques prennent un sens ; il ne s'agit plus simplement de faire passer le temps au patient. On les resocialise en les remotivant. Comme le disait Morgan Martin dans son livre intitulé *The mental ward*, « il y a de l'espoir dans la possibilité de changement ».

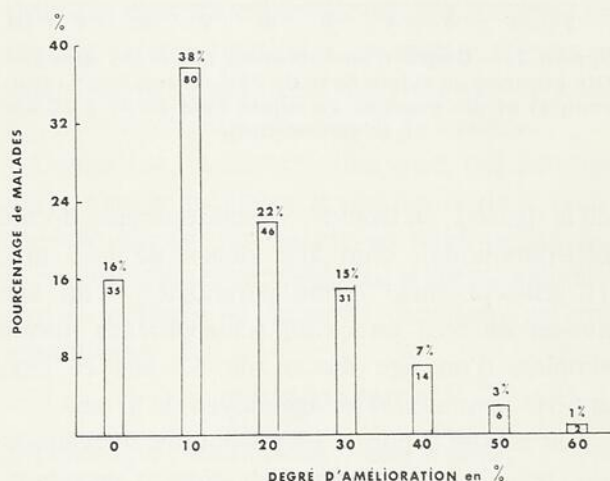


Figure 1. — Nombre et pourcentage de malades selon le degré d'amélioration obtenu.

En comparant les 20 groupes selon l'âge et les résultats obtenus, on obtient 10 groupes dont l'âge moyen par groupe varie de 33 ans à 45 ans et dont le degré moyen d'amélioration est de 34,5 pour cent (figure 2). Les 10 groupes suivants ont un âge moyen par groupe variant de 46 à 58 ans. La moyenne d'amélioration de ces derniers groupes n'est que de 24,3 pour cent ; tenant compte que la durée d'hospitalisation pour les 20 groupes n'offre que des variations minimales, on constate que l'âge joue un rôle certain dans les possibilités d'amélioration auxquelles on peut s'attendre avec cette thérapie employée vis-à-vis la population stagnante de l'hôpital mental.

L'étude sommaire de la répartition des 35 patients non améliorés, soit 16 pour cent des patients

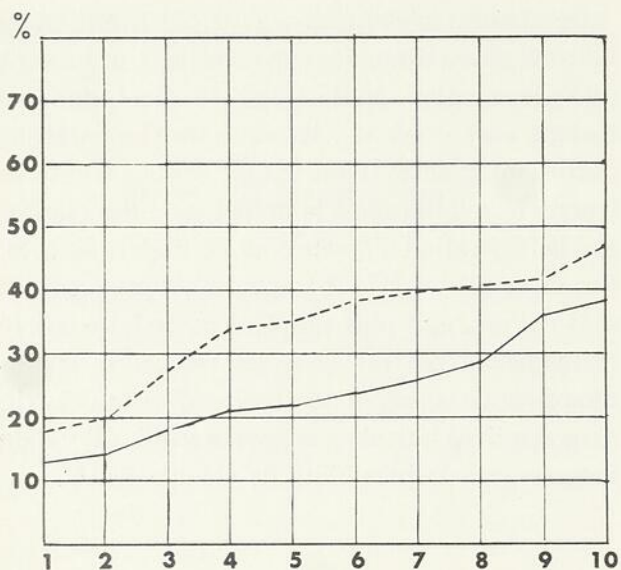


Figure 2. — Degré d'amélioration selon les groupes. Dix groupes de sujets âgés de 33 à 45 ans (trait interrompu) et dix groupes de sujets âgés de 46 à 58 ans (trait continu).

de la figure 1, on trouve : 14 schizophrènes (forme hétérophrénique), d'un âge moyen de 54,5 ans, 11 schizophrènes (forme paranoïde), d'un âge moyen de 56,5 ans, cinq schizophrènes (forme simple), d'un âge moyen de 57 ans et cinq arriérés mentaux, d'un âge moyen de 37 ans.

Cet exposé confirme les possibilités d'amélioration pour le schizophrène plus jeune. Cependant,

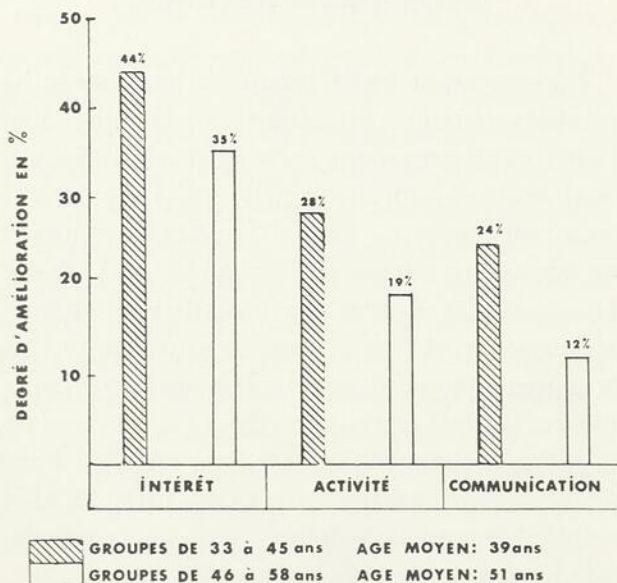


Figure 3. — Degré d'amélioration selon l'âge et les paramètres observés: l'intérêt, l'activité et la communication.

dans le cas de l'arriéré soumis à la remotivation, l'âge n'influence pas les résultats thérapeutiques de façon significative. Il est bon de garder un ou deux arriérés mentaux dans un groupe de remotivation. Leur spontanéité et leur plaisir à s'exprimer verbalement sollicitent, par le climat qu'ils créent, la participation des schizophrènes plus ou moins régressés.

La figure 3 illustre les deux séries de 10 groupes selon l'amélioration obtenue dans les trois domaines : l'intérêt, l'activité et la communication.

CONCLUSION

L'expérience nous a montré que la remotivation est une arme précieuse dans le cadre de l'hôpital mental en nous permettant de coordonner les activités du milieu, d'utiliser tout le personnel préposé au malade, surtout celui qui vit constamment avec lui, et aussi d'attendre des centaines de patients qui n'ont que peu ou pas réagi aux autres thérapeutiques, qui se sont institutionnalisés et qui forment le groupe stagnant dans l'hôpital.

La remotivation, par sa technique même, arrache le patient de son anonymat dévalorisant en lui redonnant une identité. En effet, c'est l'individu que le remotivateur sollicite sans le compromettre vis-à-vis le groupe. Il donne la main au patient lors de la première étape de la séance ; il le nomme devant le groupe mais il ne l'oblige pas à une activité originale anxiogène. Au contraire, on lui laisse le loisir d'imiter par ses réponses les autres membres du groupe, on lui donne le temps de s'intégrer au rythme thérapeutique et de donner un peu de lui-même.

Déjà les jeux, le chant, les activités artistiques, les occupations thérapeutiques et industrielles redonnaient au malade une forme d'activité mais en circuit fermé. Quand nous disons en circuit fermé, c'est que, si le malade jouait, s'il travaillait, c'était toujours dans le cadre de l'hôpital sans référence directe au monde extérieur. On comprend qu'il pouvait difficilement vouloir briser sa dépendance au milieu. L'hôpital lui offrait un monde miniature à la dimension de son autisme. Ainsi, après la prise de conscience sociale que le

malade mental était malgré tout un être humain, époque de Pinel et successeurs, nous assistions à l'ère des neuroleptiques qui permirent au grand nombre des internés d'être mobilisés dans le climat sécurisant de l'hôpital.

On imagine facilement qu'il doit être très pénible après 10 ou 20 ans d'hospitalisation de se représenter mentalement la société avec toutes ses composantes symboliques. Le seul fait d'aller dans une ville étrangère, de rencontrer un nouveau groupe, nous force à nous adapter, à trouver des points de repère et à nous familiariser dans cette nouvelle situation. Et même une absence de quelques mois de notre propre milieu nous fait sentir à quel point ceux que nous appelons « les nôtres » ont vécu dans une dimension qui n'était pas la « nôtre ».

De plus, la communication ne peut s'établir que si l'on a des schémas de références identiques ; ou bien il y aura apprentissage. Cet apprentissage sur le plan humain n'est valable que par l'intérêt qui le sous-tend.

La remotivation comporte des lectures, des explorations de la société par l'image, par des objets, par des exemples d'activités sociales. Ce sont des représentations de la société, vécues par le groupe des mêmes malades et dans le cadre même du milieu de dépendance hospitalière.

Le milieu et le groupe sont sécurisants parce que familiers ; rapidement les malades se rassurent en évoquant notre monde qui était le leur mais qui, maintenant, leur est étranger. Ils peuvent ainsi

se repenser socialement. La vie de la salle peut alors vraiment devenir une vie communautaire thérapeutique.

Dans l'évolution des activités thérapeutiques selon les indications de Sivadon en vue de normaliser le comportement du malade, la remotivation est un travail de groupe et comporte un mode d'identification valable.

Pour le profane ignorant le drame existentiel du schizophrène, elle peut sembler un jeu puéril. Mais le psychiatre lui-même en tire son profit d'une façon directe car la remotivation prépare le malade à la psychothérapie et aux programmes de groupe ; elle lui permet d'évaluer le patient objectivement dans des situations définies et concrètes. Comme la remotivation a un spectre étendu de sujets, le psychiatre peut plus facilement saisir les intérêts et aptitudes réelles du malade.

Cependant, la remotivation n'est pas une formule miracle qui libère le psychiatre de la tâche souvent ingrate du malade en soins prolongés ; la remotivation n'est viable que si elle est valorisée par le médecin et intégrée dans son activité quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. CULLIGER, F., Remotivation, *Mental Hospital*, 9 : 14-17, (janv.) 1958.
2. GALBRAITH, C., *Communication au Congrès de l'Ontario Psychiatric Association*, (26 sept.) 1959.
3. JONES, M., Social psychiatry, *Charles C. Thomas*, 1962.
4. LONG, R. S., Remotivation — Fact or artifact, *Mental Hospital Service*, (juin) 1962.
5. MARTIN, M., The mental ward, *Charles C. Thomas*.
6. ROBINSON, A. M., Technique de remotivation, *Smith, Kline and French*.

LE TRAITEMENT À LONG TERME D'UN ENFANT PSYCHOTIQUE DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE *

M.-T. BONACCORSI, M.D.,

Hôpital Mont-Providence, Montréal, P. Q.

INTRODUCTION

Ce travail se propose de décrire une phase du traitement à long terme d'un enfant psychotique de six ans, dans le cadre d'un hôpital psychiatrique. L'accent est surtout sur l'intérêt du matériel clinique (thérapie individuelle) et sur les problèmes que celui-ci soulève, mais il va sans dire que l'effort coordonné de l'équipe de la salle est un facteur thérapeutique essentiel.

Cette salle appartient au Mont-Providence, hôpital psychiatrique pour enfants de la région de Montréal, qui compte 1 200 lits. Dans ce milieu polyvalent, notre section se consacre à l'étude et au traitement des enfants souffrant de troubles affectifs.¹ Elle abrite 25 enfants dont l'âge varie en principe entre zéro et douze ans. Le personnel, dans la proportion de 1 à 3, est composé de quatre infirmières licenciées, de moniteurs et monitrices, d'aides-infirmières, de jardinières d'enfants. Le choix a été fait en se basant sur les critères suivants : possibilité d'empathie et richesse en relations humaines. A partir de l'engagement, le personnel a été régulièrement supervisé en groupe et individuellement par le psychiatre. Les plus doués d'entre eux sont envoyés au *Montreal Children's Hospital* (salle s'adressant à une population semblable sous la direction du docteur H.

Caplan) pour un stage de trois mois. L'équipe professionnelle a consisté jusqu'à maintenant d'un psychiatre, un résident, une travailleuse sociale, une ergothérapeute spécialisée en psychomotricité et une thérapeute en charge du psychodrame. Bientôt nous bénéficierons des services d'un second psychiatre. Les autres disciplines, comme l'éducation et la psychologie, sont centralisées et constituent une ressource commune à toutes les salles de l'hôpital.

Le traitement des enfants, selon leurs problèmes, est basé sur la psychothérapie, les médicaments, la qualité des relations humaines offertes par l'équipe, l'effet cathartique du psychodrame ; à ceci s'ajoutent les activités scolaires et la rééducation motrice et sensorielle.

Les catégories diagnostiques des enfants hospitalisés varient de la psychose infantile aux névroses sévères, incluant aussi les caractériels et les troubles d'apprentissage, qui se greffent sur des personnalités déjà sérieusement atteintes.

L'enfant que nous désirons vous faire connaître, présentait, à son entrée, une forme de psychose infantile grave, de type autistique. L'intérêt de ce cas consiste dans la richesse du matériel qu'il nous a offert en se servant exclusivement de la communication non verbale. Serge n'a pas de langage, mais il peut néanmoins nous ouvrir son monde par l'intermédiaire du jeu et des gestes. Ces données ouvrent la discussion sur l'existence et la qualité d'une relation objectale précédant la psychose, l'importance des « sensibilités inusitées précoces » dans la formation d'un moi fragile et

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. L'auteur remercie la *Society for Emotionally Disturbed Children* de la contribution offerte pour la transformation de la salle.

prématuré (1), et la méthode de traitement de choix pour les psychoses autistiques.

HISTOIRE

Serge est un garçon de six ans et demi. Il est issu d'une grossesse à terme, la quatrième : l'accouchement et la période néonatale semblent avoir été normaux. On ne retrouve rien d'anormal dans les antécédents héréditaires connus. Le bébé a été admis à la crèche trois jours après sa naissance et il y est resté jusqu'à l'âge de trois ans et demi.

Nous possédons quelques renseignements sur ce qui s'est passé pendant cette période. « Durant son séjour à la crèche, Serge ne participait à aucune activité avec les autres enfants, il était presque toujours à l'écart, il ne levait pas les yeux de terre lorsqu'on l'approchait ou l'appelait, ne répondait à aucune demande. Il était absent et son regard était hagard. Il ne prononçait aucun mot ou son, seulement des cris ; devant un refus il se jetait par terre et faisait une crise, rien ne pouvait le consoler. Il n'avait pratiquement aucun contact avec la réalité. Il ne regardait jamais une personne dans les yeux. » Une note médicale du dossier de la crèche nous dit que l'enfant présentait un retard psycho-moteur et statur pondéral important et qu'il souffrait d'un syndrome de malabsorption.

A l'âge de trois ans et demi Serge fut placé dans un foyer nourricier où il trouva une mère affectueuse. Il demeura dans ce foyer pendant une période de deux ans. On remarqua une récupération très rapide. Il atteignit une taille et un poids normaux et à l'âge de cinq ans son quotient intellectuel était de 82 (performance). En même temps il commença à établir une certaine relation avec la mère nourricière. Elle nous dit qu'au début il passait son temps à se bercer dans une chambre sombre et ne pouvait tolérer aucun contact humain. Graduellement, il découvrit l'existence de la mère, la suivait partout, dessinait avec elle. Son dessin préféré était une maison, que la mère devait terminer en y ajoutant la cheminée et la fumée. Ou bien il dessinait des maisons sur des boîtes avec portes et fenêtres, que

la mère devait découper. Serge, alors, jouait pendant des heures à ouvrir et fermer portes et fenêtres. Il semblait avoir une mémoire formidable, il devenait très anxieux si l'on variait la disposition de certains objets ou, encore, si l'on changeait de trajet en automobile. Il n'apprit qu'une vingtaine de mots, mais il comprenait ce que les autres disaient et pouvait se faire comprendre par des gestes.

Vers la fin de la deuxième année de séjour il y eut un changement brusque dans le comportement de l'enfant. En étendant son contact avec la réalité il se rendit compte que d'autres objets existaient en dehors de lui et de sa mère nourricière. Par exemple, il sembla réaliser pour la première fois la présence d'un autre enfant et devint très agressif et destructeur. Il frappait l'enfant, il lançait des objets. Cette agressivité se généralisa : il semblait parfois être pris par des crises organismiques, comme un bébé gravement frustré chez qui la réaction est massive. Dans les mots du médecin qui l'a plus tard référé à l'Hôpital Sainte-Justine « l'enfant accuse soudainement des tics nerveux : la torsion de la tête et du thorax simultanée, mais en sens opposé. Il se frotte alors le cou avec ses deux mains, pleure, les yeux révulsés. Il transpire énormément, une diaphorèse froide et il devient pâle : ces crises ont augmenté en intensité et en fréquence pendant trois mois ».

Alors l'enfant fut examiné à l'Hôpital Sainte-Justine où l'on émit l'hypothèse de psychose autistique en voie d'amélioration, l'agressivité étant interprétée comme un mode destructeur d'explorer l'objet. La mère nourricière, incapable d'accepter cette phase de l'évolution de l'enfant, le plaça dans une garderie, où il resta trois mois. Là il redevint autistique et perdit les fonctions du moi (comme le langage) qu'il avait acquis avec la mère nourricière. C'est à ce moment, août 1964, qu'il fut admis chez nous.

ÉVOLUTION

Au cours des premiers deux mois Serge n'eut pas de thérapie individuelle. On l'observait, confié comme il était à l'atmosphère amicale de

la salle. Il ne présentait pas les crises paroxystiques décrites plus haut, mais seulement un léger tic au visage. Son agressivité aussi avait une qualité différente. Il vivait renfermé dans sa coquille, indifférent à tout ce qui l'entourait. Il passait son temps à se bercer et à s'enfermer dans les placards. Il devenait soudainement agressif et destructeur si quelque chose ou quelqu'un se trouvait sur son chemin. Les objets ou les êtres humains ne semblaient assumer une existence quelconque que s'ils s'opposaient à son narcissisme. Il n'avait aucun langage.

On le confia alors à un résident pour qu'il approfondisse l'étude du cas et sonde le potentiel humain de l'enfant. La première entrevue fut surprenante.

Serge dans le corridor avait réagi au médecin, qui voulait l'emmener dans son bureau, comme à un objet nuisible. Il eut un éclat de rage. Mais le médecin en souriant le prit dans ses bras et l'apporta dans la salle de thérapie. Ici il offrit de la plasticine à l'enfant en faisant en même temps un bonhomme qu'il posa sur la table. Serge soudainement, avec des gestes habiles et précis, construisit une croix et crucifia le bonhomme. Sans arrêter il pétrit un organe sexuel masculin complet, dont le pénis était en érection. Le résident essayait de rassurer l'enfant qui en effet devint graduellement plus calme : ceci se montra de façon progressive et claire dans ses productions. Il forma encore une boule avec un pénis, et le pénis était plus petit et la boule plus grosse. Successivement le pénis se réduisit et, à la fin, il ne restait qu'une grosse boule. L'enfant alors prit un crayon et dessina une maison avec portes et fenêtres.

Le jeune médecin fut conseillé, en supervision, de ne pas s'engager, parce que son stage durait seulement trois mois et une relation profonde aurait exposé l'enfant à une perte traumatisante.

Serge continua à voir le résident une heure par semaine. Il semblait découvrir avec étonnement qu'il y avait des objets dans le bureau. Il passait de longues périodes à se bercer et, soudainement, il semblait se réveiller et découvrir un objet. Ces découvertes lui arrachaient des cris. Parfois il

criait « maman », « papa ». On avait l'impression, confirmée d'ailleurs par les observations subséquentes, que quand il s'ouvrait à un stimulus sensoriel, la réponse était excessive, comme si sa barrière de protection était très mince. L'explosion lente et saccadée de la salle de thérapie coïncida avec l'apparition de mécanismes obsessifs. Les objets découverts devaient toujours être à la même place et dans le même ordre, les trombones devaient être en chaîne. L'enfant semblait chercher de cette façon un compromis entre son besoin d'exploration et de contact et l'incapacité de doser les stimulations. On put constater le même processus au niveau des réactions affectives. L'enfant semblait considérer le résident comme un objet plutôt gratifiant. Mais cet objet, comme d'ailleurs toutes les choses que l'enfant avait découvertes dans la salle de thérapie, disparaissait et revenait, de façon inexplicable. Les portes se fermaient et s'ouvraient, toujours de façon inexplicable. On remarqua que Serge, pendant la semaine, revenait à la salle de thérapie, dont la porte était fermée à clé et attendait en se berçant, ou bien il se fâchait et essayait d'enfoncer la porte. En même temps il commença à lier des objets ensemble avec des lacets. Il enlevait les lacets de ses chaussures pour attacher des portes, ou attacher deux bicyclettes ensemble, ou encore s'attacher lui-même à un barreau de son lit. Il faisait et défaisait ses lacets mille fois dans l'effort évident de comprendre et maîtriser la séparation. Mais en général il fallait qu'à la fin les objets restent attachés.

A ce point de la vie de Serge, le résident termina son stage. On décida alors de le remplacer auprès de l'enfant par une jeune travailleuse sociale,² qui serait suivie en supervision. Elle pourrait s'engager et suivre son petit patient le temps nécessaire, c'est-à-dire plusieurs années. La fréquence des entrevues fut portée à trois par semaine.

L'hypothèse, dont nous nous servions à ce moment, était que l'enfant vivait encore une phase préobjectale, et l'on sait que les préobjets sont interchangeable, étant perçus seulement en

2. Mademoiselle Francine Tousignant, t. s. p., attachée à la salle Saint-Enfant-Jésus de l'hôpital Mont-Providence.

fonction d'un besoin. Par conséquent on assumait que, si le nouvel objet était également satisfaisant, l'enfant ne se serait pas aperçu du changement.

Serge ne montra pas de deuil pour l'absence du jeune médecin : d'ailleurs il s'était toujours séparé de lui sans difficulté apparente. Il alla à sa première entrevue avec la nouvelle thérapeute sans opposer aucune résistance, mais il passa tout son temps à frapper sur des blocs avec un marteau.

Les cinq mois de traitement pourraient se résumer comme suit.

Pendant la première période Serge se construisit une maison. D'abord en la dessinant et demandant à sa thérapeute de compléter les détails que, d'ailleurs, il savait faire très bien ; ensuite il trouva dans un placard une grande boîte de carton. Il y dessina une porte et des fenêtres et demanda qu'on les découpe de façon à ce qu'elles puissent s'ouvrir et se fermer.

Je me rends compte que je m'exprime comme si l'enfant parlait. Mais il faut préciser immédiatement que cet enfant sait faire des gestes précis et clairs qui ne laissent pas de doute quant au contenu de la communication. Il semble d'ailleurs comprendre tout ce qu'on lui dit en mots simples : ceci a rendu possible certaines interprétations.

Quand la maison fut prête, il resta longtemps à se bercer en la regardant, un air extatique sur la figure. Il se réveilla soudainement pour indiquer qu'il avait soif. Le contenu semble se continuer de séance en séance comme s'il n'y avait pas de solution de continuité. En réalité un sujet s'étend parfois sur plusieurs entrevues. Par exemple, une fois la maison complétée, Serge passa plusieurs heures à se bercer en la regardant, pour après vouloir boire et, finalement, explorer l'évier. Ceci constitua avec le temps une séquence bien intégrée et constante où, évidemment, maison, eau, évier étaient des symboles équivalents. Mais un jour Serge anima la maison : il y mit une mère et un père. Et le jeu commença, toujours entrecoupé par des longues périodes de bercements et de grandes soifs. Il joua d'abord l'histoire d'un couple qui vivait dans la maison avec les portes

et les fenêtres fermées. Cette scène le rendit agressif et violent contre les deux personnages qu'il punit de mille façons jusqu'à les crucifier. Avec le marteau il frappa la maison. Il fit signe alors qu'il devait être puni et cloué au mur. Quand, plus tard, il eut soif il montra qu'il y avait une maman dans la maison avec un bébé. La maman nourrissait le bébé. Serge indiqua que le bébé c'était lui. Quand son besoin fut interprété, l'enfant réunit trois chaises et se coucha. La thérapeute le couvrit avec une couverture et dit : « Tu veux que je te berce comme une maman berce son bébé ». Serge sourit, laissa faire, et dit « maman ». Cette scène se répéta pendant plusieurs séances.

L'intérêt de l'enfant, dirigé sur la maison, l'eau, l'évier, se concentra finalement sur ce dernier. Serge est très préoccupé par le trou de l'évier et crie « maman ». Il fait signe que la maman est partie par là. Il veut soulever l'évier. Crie et se fâche : appelle maman par le trou de l'évier. Dans les séances subséquentes, Serge passe encore de la maison à l'évier. Il crie « maman », il veut ouvrir des fenêtres dans le plancher : l'eau doit être là, la maman doit être là. Dans cette période il ne peut pas se séparer à la fin de l'entrevue. Il met un bébé dans la maison et il manifeste la plus grande cruauté à son égard. Il est battu, cloué au mur, lancé par la fenêtre. Parfois tous les personnages y passent. Il semble s'identifier par moment au bébé persécuté, à d'autres moments c'est lui le persécuteur. Il passe plusieurs séances à faire tomber le bébé du haut de la fenêtre et il devient très agressif et agité, veut encore soulever l'évier. Il indique un jour qu'il y a maman là-dessous, un autre jour il fait signe que c'est lui-même. En même temps, il soulève le gilet de la thérapeute et explore son nombril. L'exploration du corps de la thérapeute porte lentement à la découverte qu'il y a une ressemblance entre le nombril et le trou de l'évier. Il passe de l'un à l'autre il les touche il devient très agité, il crie maman et il veut ouvrir des fenêtres partout. Il fait signe qu'il faut plusieurs fenêtres, une pour sa petite voiture, une pour son pénis (il le découvre) une autre pour lui-même. L'enfant semble

en proie à une grande anxiété, qui se manifeste aussi dans la salle. Sa tolérance à la frustration et à toute stimulation sensorielle baisse, en même temps qu'on le dirait plus éveillé et en meilleur contact avec la réalité. Il prononce à cette époque une douzaine de mots. Il semble ne pouvoir tolérer aucun bruit ; et c'est surtout le bruit de l'eau qui s'échappe par le trou de l'évier ou de la baignoire et le bruit des portes fermées qui s'ouvrent qui le terrorisent. Maintenant il a décidé que les portes doivent être fermées, de façon à ce que personne ne puisse les ouvrir. Dans ses heures de thérapie il met de la plasticine entre le battant et le cadre, il se jette violemment contre la porte pour la fermer et ensuite il demande à sa thérapeute d'essayer de l'ouvrir. Il attend, renfermé dans l'autre placard, les doigts dans ses oreilles, pour ne pas entendre le bruit. Si on ne réussit pas à ouvrir la porte, l'enfant est rassuré, il la scelle avec sa salive, il prononce « maman » en indiquant l'intérieur du placard. Il fait signe alors qu'il va passer sous le battant. Un jour il découvre son pénis et il indique que celui-ci peut passer dessous.

En général, dans toutes ses activités on a l'impression que, parallèlement à son ouverture au monde externe, l'enfant devient de plus en plus agressif et intolérant. Il a commencé à mordre les seins des femmes qui ne le satisfont pas immédiatement. Ceci semble répéter son évolution au foyer nourricier : une première période d'amélioration totale au niveau de tout l'organisme et, soudainement, quand la coquille autistique se dissout, l'incapacité de maîtriser les stimulations internes et externes.

DISCUSSION

Les questions que ce matériel clinique soulève sont d'ordre et de nature différents. Même s'il est impossible d'essayer d'apporter réponse à chacune, étant donné le peu de temps à notre disposition, nous croyons bon de formuler les principales :

1. Le symbolisme de la communication de l'enfant. Est-il toujours compréhensible? Le

profil des forces en jeu, nous explique-t-il l'évolution du petit malade?

2. Le rôle des « sensibilités inusitées » de Serge dans son développement ;

3. La relation entre le sentiment de rage qui envahit de façon paroxystique l'enfant, comme il sort de son isolement et l'existence d'une relation objectale précédant le retrait autistique ;

4. La relation, d'ailleurs bien connue, entre développement affectif et développement cognitif, ici illustrée surtout par l'absence de langage.

Serge a répété, au cours de sa thérapie, son évolution dans le foyer nourricier. Du retrait autistique à une relation d'objet partiel (la maison toute pour lui, le bon sein qui nourrit, représenté par la thérapeute qui lui donne à boire), à la frustration (la mauvaise mère qu'il punit et qui le punit cruellement dans le jeu) et le développement d'une agressivité toujours plus intense.

Nous voyons bien, à cette époque, que la solution que l'enfant se propose par lui-même pour fuir les stimulations, la frustration et la rage, qui menacent de le désintégrer, est le retour dans un sein maternel scellé. Il a essayé pendant longtemps le compromis des fenêtres et des portes, qui lui permettaient de contrôler la séparation et de régresser au besoin. Mais devant l'échec de ses mécanismes de défense et l'accumulation massive d'une agressivité destructrice, qui lui rend impossible tout contact, Serge, compulsivement, recherche la régression totale dans une cavité sans objet. Ce stage pourrait facilement précéder un autre retrait autistique ou une crise psychotique fulminante de type catatonique.

Dans le but de mieux comprendre ce processus nous avons eu recours à deux hypothèses classiques.

Sybille Escalona (1) dit : « ... le nourrisson, qui n'est pas suffisamment protégé contre les stimulations à cause d'une « barrière physiologique protectrice » insuffisante ou à cause de l'absence de l'action protectrice de la mère, peut-être obligé de former un moi prématuré qui assume cette fonction. Ce moi prématuré se décompense facilement en cas de *stress* et, alors, les manifestations psychotiques s'installent. »

Cette hypothèse est basée sur l'observation suivante : les enfants étudiés par l'auteur qui ont manifesté des sensibilités inusitées précoces, dans n'importe lequel des modes sensoriels, sont ensuite devenus psychotiques.

La deuxième hypothèse appartient à l'école kleinienne (7). Selon M. Klein et son école, il y a déjà une relation d'objet partiel (le sein) au cours de la période auto-érotique. Cette relation est maintenue par des mécanismes d'introjection ou de projection, celle-ci allant jusqu'à l'hallucination. Ces deux mécanismes permettent à l'enfant de réduire la frustration, de se libérer de l'agressivité et d'accepter le contact. Il s'agit de défenses très archaïques rendues possibles du fait que le moi dans cette phase n'est pas encore structuré. Quand, à cause de circonstances différentes, comme insuffisance de la barrière protectrice contre les stimulations, ou absence maternelle, l'enfant est obligé de former un moi prématuré qui puisse sélectionner et doser les perceptions, il ne peut plus utiliser librement des mécanismes aussi primitifs que l'introjection et la projection (parfois hallucinatoire) mentionnés plus haut contre la frustration et l'agressivité. La triste conséquence est que l'enfant se trouve inondé d'agressivité et de rage, sans être capable d'internaliser un bon objet, le sein qui nourrit, ni d'approcher l'objet réel externe, qu'il veut attaquer et que nécessairement il sent aussi comme un agent puissant et persécuteur. La psychose semble être la conclusion de ce processus.

A la lumière ces concepts, le développement de Serge devient compréhensible. Les sensibilités inusitées sont là. A ceci s'ajoute la carence maternelle. Malheureusement, nous n'avons pas de renseignements sur sa première période à la crèche et notre reconstruction est rétrospective, basée sur son comportement en foyer nourricier et en thérapie.

Il nous semble significatif que la reprise de contact avec la réalité dans un milieu amical déclenche de nouveau la rage et la recherche d'une régression totale au-delà de l'objet.

Il ne s'agit, néanmoins, que d'une hypothèse de travail que nous offrons à votre attention.

SUMMARY

This paper is concerned with the description of one phase of the long term psychotherapy of a six-year old psychotic boy, within the framework of a mental hospital.

The first part deals briefly with the geography and the structure of the new unit for emotionally disturbed children of the Mont-Providence Hospital, underlining the well-known importance of the « therapeutic milieu » in the treatment and care of the mentally ill. This factor becomes of paramount importance when patients are children.

The presentation of the history and the evolution in therapy of one of these children occupies the second part of the paper. The emphasis here is mainly on the clinical material (individual psychotherapy) and on certain problems which are highlighted for future discussion.

The child presented was diagnosed, when admitted, as a case of severe childhood psychosis, of the autistic type. The unusually rich data at our disposal was obtained through non-verbal communication, because the child has no language. Nevertheless, he can express himself clearly through play and gestures. The analysis of this precious clinical material focuses the discussion on the existence and the quality of an object-relationship preceding the psychosis, the importance of the « early unusual sensitivities » in the formation of a premature and fragile Ego and the method of choice in the treatment of childhood psychoses.

BIBLIOGRAPHIE

1. BERGMAN, P., et ESCALONA, S. K., Unusual sensitivities in very young children, *The psychoanalytic study of the child*, vol. III/IV, pp. 333-352, *Internat. Univ. Press*, New York, 1949, pp. 333-352.
2. FREUD, S., Beyond the pleasure principle, *Hogarth*, 1922.
3. FREUD, S., Neurosis and psychosis, in *Coll. Papers*, Vol. II, pp. 250-254.
4. FREUD, S., Notes upon the mystic writing pad, *Internat. J. Psa.*, 21 : 472, 1940.
5. FREUD, S., New introductory lectures, p. 106, *Norton*, 1933.
6. FREUD, S., An outline of psychoanalysis, *Internat. J. Psa.*, 21 : 29, 1940.
7. KLEIN, M., HEIMANN, P., ISAACS, S., et RIVIÈRE, J., Developments in psycho-analysis, pp. 144-154, *Hogarth Press*, 1952.

A COMPARATIVE STUDY ON THE EMOTIONAL AND SOCIAL PROBLEMS OF ACTIVE AND ARRESTED ALCOHOLICS *

J. C. NEGRETE, A. S. MacPHERSON and T. E. DANCEY,

*Psychiatric Research Unit, Department of Psychiatry,
Queen Mary Veterans' Hospital, Montréal.*

INTRODUCTION

Most of us who have treated alcoholics have wondered about the validity of considering sobriety alone as the goal of treatment. This uncertainty is accentuated if the alcoholic achieves sobriety only to succumb to another disease. The authors have seen depression, suicide, psychosis, and myocardial infarction following attainment of apparently stable sobriety. This present investigation stems from our interest in the changes good and bad that accompany cessation of alcoholic drinking.

The concept of cure in alcoholism seems far from being the same for every worker in the field. There is, nevertheless agreement on items. The greatest agreement is found to be achievement of sobriety. This is, as yet, *conditio sine qua non* for success in treatment. We are of course aware of the work of Davies, of the Moudsley Hospital, reporting cured alcoholics who have been able to continue to drink socially. Jellinek and Bowman (2) think of « cure » as sustained and continuous sobriety for a period not shorter than two years. Very few authors have been able to say what else is needed for the alcoholic to become cured, and certainly there is very little agreement on this. We have tried to survey expectations of therapists and the therapeutic goals they establish. In reviewing follow-up studies on treated

alcoholics, one finds that, no matter what else has been recorded, sobriety stands as the main indicator for success or failure of therapy (3, 4, 5, 8, 27, 28, 34, 37 and 39). In other follow-up studies (8, 10, 21, 25, 35 and 36), good social adjustment and functioning are considered. In the field of personality and emotional changes, the authors reviewed have varying opinions. This is mainly due to differing therapeutic approaches. There is also conceptual disagreement as to what should be done and what should be expected of the treatment (6). From the type of questions asked and from the facts recorded, it seems legitimate to assume that a great number of therapists expect their alcoholic patients to improve in the area of their interpersonal relationships, more than in their character structure and personality (1, 3, 4, 8, 15, 28, 34, 36 and 39).

It is difficult to know the outcome of treating alcoholics. This is partly the result of our poorly defined idea of what an alcoholic is. There seems to be a tendency to define alcoholism by its effects rather than by its etiology (2, 16, 23, 29 and 30), therefore the inclination in therapy would be more to prevent or correct those effects than alter or remove the reasons for their existence. It is accepted almost as axiomatic in the treatment of addictions, that the use of the addictive substance must be stopped before any further therapeutic step can be made. Unfortunately, in alcoholism this first condition has become the

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

core, and many times, the entire goal of therapy.

In our personal review of hospital files, it was found that the most frequently expressed motivations to seek treatment were: emotional disturbances (depression, anxiety, acute intoxications, remorse, etc.), marital difficulties (brought by his wife, appointment made by wife, threat by the wife to leave, condition imposed by wife to come back, etc.) and work or legal complications (about to lose job, to get job back, to be given a promotion, to avoid demotion, picked up by police, sent in by Judge).

With these considerations in mind our approach would be summarized as follows: Sobriety and total abstinence does bring a solution to many of the problems of the alcoholic but may create further problems which have perhaps received insufficient attention.

RESEARCH DESIGN

It was decided to carry out a comparative study between a group of active alcoholics and one of arrested, so called « cured » alcoholics. The survey attempted to cover a wide range of problems in the intrapersonal, interpersonal and social areas. The two alcoholic groups were matched with a « control » non-alcoholics group. This kind of work has already been done several times, although the objective of other studies seem to differ from ours. In their study of alcoholics, non-alcoholics and neurotics with the MMPI, Hoyt and Sedlacek (13) find more similarities between alcoholics and normals than between neurotics and normals. One study by

Kristianson (19) using the MMPI on a group of AA like « arrested » alcoholics, one of institutionalized alcoholics and a control group, showed close resemblance between the two alcoholic groups both of which differed from the non-alcoholic controls. There is, however, another study on the personality of active alcoholics as compared with sober AA members, which points out differences between the two of them. The disparity seems to be in the way of handling aggression, more outwardly directed in the sober group (24).

(The reader is referred to other very important works on this area [7, 11, 12, 17, 31, 32, 33 and 38]).

MATERIAL AND METHODS

Three groups of 15 subjects each were selected. These subjects were matched as indicated in Table I.

Since the investigation covers aspects of marital and sexual adjustment, all the subjects were married and living with their wives.

For the arrested alcoholics, it was requested at least two years of sobriety, so they could be considered « cured » in the Jellinek's sense. Hence, to make the groups comparable, all the subjects were married for at least two years.

It was decided to select patients of the same religious denomination to minimize differences in social attitudes to drinking. As the test instrument was available only in English all patients were English-speaking.

Age was not controlled, however, it turned out to be in a similar range in the three groups.

The group of arrested alcoholics which was tested first, happened to contain a rather high

TABLE I

Characteristics of the three groups of subjects

GROUP	MEAN AGE	SEX	MARITAL STATUS	EDUCATION	MOTHER TONGUE	RELIGION
Active alcoholics	49.3	M	Married	40% University graduate	English	U. C. C. E.
Arrested alcoholics	56.1	M	Married	40% University graduate	English	U. C. C. E.
Control	47.6	M	Married	33.3% University graduate	English	U. C. C. E.

proportion of university graduates. It was therefore necessary to match for this factor.

The instrument used was the Mooney Problem Check List (Adults form) (14 and 20). This is not a test but rather an inventory of the problems an individual may have. It consists of 288 statements, covering 8 problems areas : health, economical security, self-improvement, personality, home and family, sex, religion and occupation. Is self-administered and has good reliability and validity (9 and 26).

The methodology was to a great extent adapted to the conditions imposed by the arrested alcoholic group. The survey had to be done anonymously and the questionnaires were distributed by an intermediary. They were not completed in the presence of the investigators and were returned through the mail or by a third person. This was done with the help of AA members, other doctors, volunteers and clergymen. All the subjects knew the questionnaires were to be analyzed by a psychiatrist but did not have contact with him.

RESULTS

As is shown in Table II, the total number of problems places the arrested alcoholic closer to

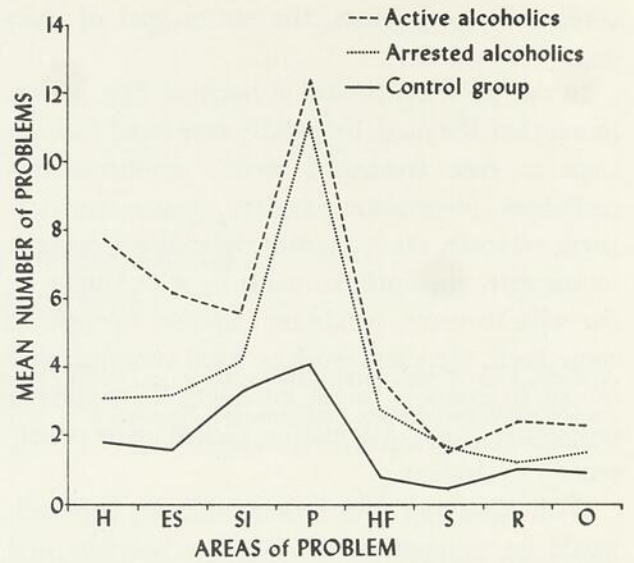


Figure 1. — Inventory of the problems of the three groups of subjects by the Mooney Problem Check List.

the active alcoholic than to the control. In analyzing the individual areas, it is found that differences are mainly in three areas : Personality, Home and family and Sex. In all the other areas the arrested alcoholic is more like the control subject. He seems to have about the half of the problems of his drinking counterpart in Health, Economical security and Religion (Figure 1).

TABLE II

Inventory of the problems' of the subjects by the Mooney Problem Check List

	H	ES	SI	P	HF	S	R	O	TOTALS
Active alcoholic group.....	7.8	6.2	5.6	12.4	3.7	1.5	2.4	2.3	42.0
Arrested alcoholic group.....	3.1	3.2	4.2	11.2	2.8	1.6	1.2	1.5	29.2
Control group.....	1.8	1.6	3.3	4.1	0.8	0.4	1.0	0.9	14.1

1. Figures are the means of 15 subjects.
H = Health ; ES = Economical security ; SI = Self-improvement ; P = Personality ; HF = Home and Family ; S = Sex ; R = Religion ; O = Occupation.

TABLE III

Differences between the active and arrested alcoholic group and between the arrested alcoholic and control group

	H	ES	SI	P	HF	S	R	O	TOTALS
Active arrested alcohol.....	4.7	3.0	1.4	1.2	0.9	0.1	1.2	0.8	12.1
Arrested alcohol control group.....	1.3	1.6	0.9	7.1	2.0	1.2	0.2	0.7	15.0

The degree of difference indicates that the principal factor increasing the disparity between arrested alcoholics and control group is that of personality problems.

If one compares the active alcoholic group with the arrested alcoholic group, one notes differences in the health and economical security problem scales.

If one compares the arrested alcoholic group with the control group (Table III and Figure 2), greater differences emerge on the personality and family problem scales.

In other words, the arrested alcoholic has fewer financial and health problems than the active alcoholic but continues to resemble the active alcoholic with respect to personality problems when compared with a control group.

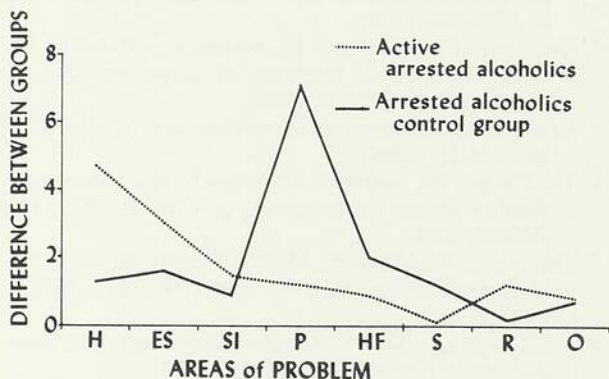


Figure 2. — Comparison of the active arrested alcoholics group and the arrested alcoholics control group.

CONCLUSIONS

The findings presented tend to verify our working hypothesis. Sobriety itself reduces the problems of the alcoholic particularly in the areas of physical health, religion and social functions. Other problems related to personality remain untouched. This would seem to indicate that sobriety must not be considered the only goal in the therapy of the alcoholic. Indeed, depriving a maladjusted individual of his excuse for maladjustment may well serve to emphasize his disturbed relationships. He is indeed stripped of a major defence.

We consider that stopping drinking may interfere with the alcoholics denial. This has been described as a major defence in the alcoholic by Knight (38) and by Lorand (39). The tendency of AA members to continue emphasis on their alcoholism « An alcoholic is always an alcoholic » and « we should never forget we are alcoholics » may represent attempts to maintain denial of intrapsychic problems after the attainment of sobriety.

SUMMARY

The concept of « cure » in alcoholism was briefly considered and the literature reviewed. The hypothesis that sobriety does not solve all the alcoholics problems was postulated. A comparative study using the Mooney Problem Check List was carried out on these groups of fifteen subjects each: Active alcoholics, Arrested alcoholics and control. The results show that the arrested alcoholics are more like the active ones than the control group. This similarity is reflected in equally high numbers of problems in the areas of Personality, Home and family and Sex. It is therefore concluded that the alcoholics who achieve sobriety, improve their social adaptation but remain as dissatisfied with themselves as they were while drinking. This could lead to serious decompensation if no other aid is offered in order to replace the lost « crutch » of alcohol.

RÉSUMÉ

On a toujours basé le critère de « guérison » de l'alcoolisme sur l'acquisition de l'abstinence. Il semble que tous les auteurs soient d'accord quant à la validité de ce critère pour considérer un alcoolique comme guéri. Nous pouvons toutefois mentionner l'exception bien connue du docteur Davies, de l'Hôpital Moudsley, qui affirme avoir réhabilité complètement certains alcooliques, qui peuvent par ailleurs continuer à boire de façon raisonnable en société. Tous les autres prérequis mentionnés dans la littérature, et utilisés pour classifier un patient comme guéri, varient selon l'orientation thérapeutique des auteurs.

Notre hypothèse de travail était la suivante : « l'abstinence totale apporte effectivement une solution à un bon nombre des problèmes de l'alcoolique, mais peut créer certaines complications subséquentes, dont on a pas suffisamment tenu compte ».

Nous avons décidé d'entreprendre l'étude comparée d'un groupe d'alcooliques actifs, d'un groupe d'alcooliques « guéris » et d'un groupe de non-alcooliques. Chaque groupe était composé de 15 membres pairés selon l'âge, la religion, l'état civil, la langue maternelle et le degré d'instruction. Ils étaient tous mariés et demeuraient avec leur épouse depuis au moins deux ans. Les alcooliques « guéris » étaient demeurés abstinents de façon permanente depuis au moins deux ans. Ces groupes furent étudiés au moyen du *Mooney Problem Check List* (formule pour adultes). Cet instrument est un inventaire qui comprend 288 items touchant les problèmes qu'un individu peut avoir dans les huit domaines suivants : la santé, la sécurité financière, le perfectionnement de soi, la personnalité, le foyer et la famille, l'adaptation sexuelle, la religion et le travail.

La méthodologie employée fut adaptée aux conditions imposées par le groupe des alcooliques « guéris ». Un intermédiaire fut chargé de la distribution des questionnaires aux sujets. Ces derniers y répondirent à la maison et nous les firent parvenir par le courrier ou par quelqu'un d'autres. Les sujets n'ont eu aucun contact avec l'examineur.

Les résultats apparaissent au tableau II, dont on a tiré la figure 1. Le tableau III et la figure 2 illustrent la différence qui existe entre le groupe des alcooliques et les membres du groupe contrôle, les alcooliques « guéris » et les membres du groupe contrôle.

Ces résultats montrent que l'alcoolique « guéri » a moins de problèmes dans les domaines de la santé, de la sécurité financière et de la religion, mais qu'il en a presque autant dans les domaines du perfectionnement de soi, de la personnalité, du foyer et de la famille, et de l'adaptation sexuelle. Ces données ont tendance à confirmer notre hypothèse de départ. L'acquisition d'une abstinence

soutenue ne modifie en rien les problèmes liés à la personnalité et aux relations interpersonnelles intimes. Ce fait semble indiquer que l'on ne doit pas considérer l'abstinence comme l'unique but de la thérapie d'un alcoolique. En fait, lorsque l'on prive l'individu inadapte de l'excuse même de sa mésadaptation, on peut fort bien empirer ses relations déjà perturbées. On l'a effectivement démuné d'une défense majeure.

REFERENCES

1. BALLARD, R. C., The interaction between marital conflict and alcoholism as seen through MMPI's of marriage partners, *Amer. J. Orthopsychiat.*, **29** : 528-546, 1959.
2. BOWMAN, K. M., and JELLINEK, E. M., Alcohol addiction and its treatment, *Qua. J. Stud. Alc.*, **2** : 98-176, 1941.
3. BRUNN, Kjetil, Outcome of different types of treatment of alcoholics, *Qua. J. Stud. Alc.*, **24** : 280-287, 1963.
4. CHAFETZ, M., Practical and theoretical considerations in the psychotherapy of alcoholism, *Qua. J. Stud. Alc.*, **20** : 281-291, 1959.
5. CHEWLOS, B., BLEWELT, D., SMITH, C., HOFFER, H., Use of LSD in the treatment of alcoholism, *Qua. J. Stud. Alc.*, **20** : 577-590, 1959.
6. CLINEBELL, H., Notes and Comments, *Qua. J. Stud. Alc.*, **26** : 124-127, 1965.
7. DE PALMA, N., Scores of alcoholics on the sixteen personality factors questionnaire, *J. Clin. Psychol.*, **14** : 390-392, 1958.
8. DOROTHEE, F., MINDLIN, M. A., Therapy for alcoholics in a work house, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 90-112, 1960.
9. GALLAGER, J., Test indicators for therapy prognosis, *J. Consult. Psychol.*, **18** : 409-413, 1954.
10. GERARD, D. L., SÆNGER, G., WILE, R., The abstinent alcoholic, *A.M.A. Arch. Gen. Psychiat.*, **6** : 83-95, 1962.
11. HAMPTON, P., The development of a personality questionnaire for drinkers, *Genet. Psychol.-Monogr.*, **48** : 55-115, 1963.
12. HARRIS, R., IVES, V. A., Study of the personality of alcoholics, *Amer. Psychol.*, **2** : 405, 1947.
13. HOYT, D., SEDLACEK, G., Differentiating alcoholics from normals and abnormals with MMPI, *J. Clin. Psychol.*, **14** : 69-74, 1958.
14. JONES, Harold, Reviews, *The Fourth Mental Measurements Yearbook*, **73**, 1952.
15. KANT, F., The treatment of the alcoholic, *Charles Thomas Publisher*, Ill., U. S. A., 1954.
16. KELLER, M., Definition of alcoholism, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 125-134, 1960.
17. KLEBANOFF, S., Personality factors in symptomatic chronic alcoholism as indicated by the TTAT, *J. Consult. Psychol.*, **11** : 111-119, 1947.
18. KNIGHT, R., The psychodynamics of alcoholism, *J. Ner. Ment. Dis.*, **86** : 588-48.
19. KRISTIANSON, P., Psychological studies of certain groups of alcoholics, *Svenska Kakartidn.*, **57** : 2629-2634, 1960.
20. KRUGMAN, M., Reviews, *The Fourth Mental Measurements Yearbook*, **75**, 1953.

21. LIPSCOMB, W. R., Epidemiological methods in the study of alcoholism, *Amer. J. Publ. Health*, **49** : 327-333, 1959.
 22. LORAND, S., Survey of psychoanalytic literature, *Yearb. Psychoanal.*, **1** : 359-370, 1945.
 23. MARCONI, J., The concept of alcoholism, *Qua. J. Stud. Alc.*, **20** : 216-235, 1959.
 24. MATHIAS, R. E., An experimental investigation of the personality structure of chronic alcoholics, alcoholic anonymous, neurotics and normal group, *Diss. Abstr.*, **16** : 156-157, 1956.
 25. MAXWELL, M., A study of absentism, accidents and sickness payments in problems drinkers in one industry, *Qua. J. Stud. Alc.*, **20** : 281-291, 1959.
 26. MCINTYRE, Ch., Validity of the Mooney problem check list, *J. Appl. Psychol.*, **37** : 270-272, 1953.
 27. MCLEAN, R., McDONALD, D., ULTAN, B., HUBBARD, A., The use of LSD-25 in the treatment of alcoholism and other psychiatric problems, *Qua. J. Stud. Alc.*, **22** : 34-35, 1961.
 28. MOORE, R. A., Effects of psychotherapy in an open ward Hospital on patients with alcoholism, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 233-252, 1960.
 29. MULFORD, H., MILLER, D., Drinking in Iowa, A scale of definitions of alcohol related to drinking behaviour, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 267-291, 1960.
 30. MULFORD, H., MILLER, D., Drinking and deviant drinking, U. S. A., 1963, *Qua. J. Stud. Alc.*, **25** : 634-649, 1964.
 31. PETTIFOR, R., Personality study in ulcer and alcoholic patients, *Med. Ser. J. Canada*, **18** : 187-190, 1962.
 32. REITZELL, J. M., A comparative study with Rorschach, *Rorschach Res. Exch.*, **13** : 127-141, 1944.
 33. ROSEN, A., MMPI study of alcoholics, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 253, 1960.
 34. RUDFELD, K., Recovery from alcoholism by treatment with antabuse combined with social and personal counselling, *Danish Med. Bull.*, **5** : 212-216, 1958.
 35. STRAGER, R., A study of the employment adjustment of 80 male alcoholic, *Qua. J. Stud. Alc.*, **18** : 278-287, 1957.
 36. STRAUS, R., Alcoholism and social stability. A study of occupational integration in 2,023 male clinic patients, *Qua. J. Stud. Alc.*, **12** : 231-260, 1951.
 37. WALLERSTEIN, R., A comparative experimental study, Hospital treatment of alcoholics, *Basic Books, Inc.*, N. Y., 1957.
 38. WITTMAN, P., A controlled study of developmental and personality characteristics of chronic alcoholics, *Elgin Papers*, **3** : 77-74, 1939.
 39. WOLFF, S., HOLLAND, L., Follow-up of alcoholics by questionnaire, *Qua. J. Stud. Alc.*, **21** : 237-239, 1960.
-

VICISSITUDES DE L'INSULARITÉ: OBSERVATIONS SOCIO-PSYCHIATRIQUES SUR LA POPULATION DES ÎLES DE LA MADELEINE

Essai en psychiatrie sociale. — Rapport préliminaire * †

Jean-N. FORTIN, M. D.,¹

professeur agrégé, Département de psychiatrie,
Université de Montréal.

La psychiatrie sociale démontre que la personnalité est perméable aux vicissitudes de la vie, et le moment précis d'un épisode dans le cours de l'existence d'un individu soulève de nombreuses hypothèses que la recherche socio-psychiatrique peut vérifier. Le psychiatre doit considérer non seulement la personnalité de l'individu, mais aussi les circonstances sociales ou interpersonnelles qui produisent une décompensation dans l'équilibre psychique habituel de l'individu.

L'étude des « isolats » (population particulière à un milieu donné) dans cette perspective devient d'autant plus intéressante qu'elle permettra d'édifier des mesures préventives pour corriger l'origine sociale des troubles mentaux.

La littérature des pays scandinaves est particulièrement riche en ce domaine et origine dans l'œuvre de Sjöbring dont la pensée est maintenant accessible en langue française (21). Son élève Essen-Möller et ses collaborateurs ont fait des études épidémiologiques précises sur une population totale d'un district isolé de 2 550 habitants en 1947. L'étude dix ans plus tard a été répétée pour permettre des comparaisons qui doivent être publiées (2).

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

† Cette recherche fut entreprise sous l'égide du Musée National, Ottawa, Canada (mai 1959).

1. Directeur - Service de psychiatrie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Une étude portant sur l'épidémiologie des troubles mentaux de la population entière (264 habitants) de l'île de Tristan da Cunha par Rowsley et Loudon (1964) présente un intérêt dans le fait que toute la population fut étudiée lors de son évacuation d'abord à Capetown, puis en Angleterre à la suite d'une éruption volcanique (18).

Pour terminer cette brève introduction bibliographique, il convient de citer l'étude de Mazer (1964) sur la population de l'île Martha's Vineyard avec une population de 5 829 habitants (11).

Ce travail a pour but de décrire des observations socio-psychiatriques recueillies parmi la population des îles de la Madeleine (été 1958) et constitue un rapport préliminaire.

Population et éléments historiques :

A cent mille au nord de l'île du Prince-Édouard, dans le golfe du Saint-Laurent, l'archipel des îles de la Madeleine compte un groupe de cinq îles, reliées entre elles par un système routier. La population totale est de 12 000 habitants et dispersée sur un territoire de 60 milles de longueur d'une extrémité à l'autre, avec 1 200 habitants de langue anglaise vivant dans des villages isolés.

Les historiens discutent le passage des Indiens dans les îles et elles furent visitées par les premiers navigateurs, dont Jacques-Cartier qui a décrit la flore du pays en termes précis. Ce n'est vraiment

qu'après l'événement historique de 1755 que quatre familles d'Acadiens vinrent s'établir d'une façon permanente pour y vivre du fruit de leurs pêcheries et de l'agriculture. A la suite de la révolution française, un groupe de descendants acadiens des îles Saint-Pierre et Miquelon se joignirent à eux.

Description de la société :

Les observations de la société au cours de la période d'été 1958 ont été colligées en se servant d'un modèle conceptuel de Leighton (5) et exposé dans son livre, un classique de la littérature sociale (6). Les propositions fondamentales sur la nature de la société sont les suivantes :

1. Les sociétés humaines remplissent des fonctions desquelles dépendent leur survivance et leur bien-être ;

2. Ces fonctions ne peuvent s'accomplir qu'au moyen d'organisation. Par des comparaisons interculturelles ou entre sous-groupes l'élucidation des facteurs susceptibles d'exprimer la relation entre l'environnement et la maladie sera favorisée ;

3. C'est au niveau de l'organisme humain au sein de la société que la fonction se réalise et que l'organisation s'accomplit. Toute intervention dans ce processus social primaire est accessible à une étude scientifique quoique très difficile à préciser : les techniques spécifiques permettent une étude comparative et la maladie devient un indice valable de la valeur fonctionnelle de la société et de son organisation, approprié ou déficitaire.

Méthodologie :

Les méthodes de travail furent l'observation directe des individus et de certains malades, l'emploi d'informateurs fiables, l'emploi d'un test sociologique de groupe² et l'étude des dossiers d'hospitalisation.

I. ÉTUDE DES STRUCTURES

Cinq chapitres principaux seront étudiés portant chacun sur une fonction essentielle à toute société, soit : la subsistance, le maintien de l'or-

dre, la défense contre l'ennemi, la satisfaction des besoins émotifs et l'éducation des enfants. Cette population forme en effet une « communauté culturelle » (isolat), une unité de cet agrégat culturel (16) que représente le Canada français.

A. Subsistance : nourriture et logement :

Les vestiges d'une agriculture ancienne sont visibles et depuis la seconde guerre mondiale elle a été complètement abandonnée. La subsistance provient des pêcheries de la côte et comporte des sacrifices et des exigences physiques très ardues. Le danger auquel s'expose le pêcheur devient réel à la lumière de certains faits. Les embarcations sont légères et, traditionnellement, le pêcheur ne sait pas nager : la protection contre les naufrages est laissée à la Providence.

La nourriture et jusqu'à la moindre nécessité viennent de l'extérieur et pendant l'hiver, à cause de l'isolement complet, la population dépend exclusivement pour sa subsistance des provisions accumulées ou des produits de conserves.

L'artisanat est délaissé et le tissage est l'apanage des temps anciens. La fabrication locale de vêtements est inexistante : tout s'achète par catalogue des centres urbains.

L'habitation des individus est remarquable par l'absence d'agglomérations de maisons, typiques de villages.

Des changements récents sur le plan de la vie quotidienne ont modifié radicalement la vie des îles de la Madeleine et encouragé de nouveaux conflits de compétition. La rapide électrification remonte à 1953 et le système routier n'a été complété qu'en 1956.

B. Maintien de l'ordre et de la loi :

L'ordre est maintenu par l'autorité d'un seul agent policier. Il est coutume toutefois de n'avoir recours en aucun temps à la loi officielle — car tout se règle sur le plan privé. La communauté elle-même se charge d'une manière tacite de faire respecter le code. Les soupçons peuvent flotter mais sans s'arrêter sur un individu, car la famille, au sens large, est atteinte.

Dans toute l'histoire des Iles aucun meurtre, ni aucune action violente n'ont été rapportés.

2. KLUCKHOHN, *Value orientation — Cross cultural test.*

Une enquête minutieuse nous a permis de vérifier ce fait extraordinaire. Toutefois, de rares suicides, tous chez des individus avec un diagnostic de maladie mentale évident, ont été rapportés.

C. Défense contre l'ennemi :

L'ennemi est extérieur et les étrangers sont accueillis avec une hospitalité pleine de réserve. L'expansion de l'industrie touristique rencontre un adversaire acharné qui repose sur des motifs religieux en apparence.

Se savoir différent, se sentir « à part des autres », semblent faire oublier les désavantages de l'isolement ou insularité pour devenir alors une défense, au sens psychologique, contre l'ennemi.

La situation géographique, les difficultés physiques de la vie, l'isolement réel plus marqué en hiver qu'en été à cause de l'absence de communications semblent susciter dans cette population un état de grande dépendance envers l'extérieur. La nécessité de se sentir « à part des autres » est encouragée par le milieu et l'esprit des dirigeants.

D. Satisfaction des besoins émotifs :

L'isolement suscite certaines tensions de groupes qui auront pour effet de resserrer les liens de la communauté. C'est à la communauté et à elle seule que seront subordonnés les besoins émotifs des individus. Pendant la saison du travail — et nos enquêtes ont révélé qu'elle durait sept mois par année — la vie communautaire est centrée autour de la vie religieuse au niveau paroissial. La courbe de conformité consécutive à une adaptation collective se manifeste dans les idées religieuses. La religion devient une institution au sein de cette petite société et le prêtre son mandat officiel au même titre que le législateur dans les autres sociétés.

La saison d'hiver, d'une durée de cinq mois, favorise les échanges émotifs et permet aux individus de jouer un « rôle »³ particulier. Les liens familiaux prennent alors une plus grande importance influencée par la présence constante du père.

3. « Rôle » s'entend dans le sens d'une interaction que l'individu entreprend de façon à remplir un aspect d'une fonction sociale.

Le rôle de la mère apparaît difficile devant cette modification saisonnière de la vie familiale. La mère favorise un état de dépendance psychologique qui aura des répercussions à l'âge adulte. Son autorité indiscutée, sa domination au foyer à cause du travail paternel durant l'été sont susceptibles de créer une confusion de rôle. La présence constante et passive du père pendant la longue période de l'hiver modifie quelque peu ce rôle pour faire apparaître des conflits d'autorité sur le plan familial transposés aussi dans la société.

La notion du processus de « dénigrement »⁴ ou d'autodévaluation mérite notre attention (1). En psychiatrie sociale, le dénigrement est un choix habituel d'une dévaluation extrême comme manière de faire face aux problèmes intrapsychiques ou interpersonnels. En plus de déprécier la valeur de l'individu, la force sociétale est aussi diminuée. Le sens des valeurs sociétales et les éléments destructifs de l'image de soi sont atteints. On voit alors apparaître un conflit de valeurs que les auteurs anglo-saxons ont nommé *striving and being values* (15).

Cette dépréciation est intimement liée au concept d'infériorité et peut aider à comprendre l'attitude défensive manifeste.

La difficulté qu'éprouve la population à se suffire sur le plan individuel s'explique par un ensemble de circonstances géographiques particulières. Cependant, quand les Madelinots s'établissent ailleurs, en milieu urbain, on retrouve cette même tendance à se replier sur eux-mêmes pour réformer un autre îlot distinct de la grande masse.

E. Education des enfants :

L'enfant dès sa naissance vit dans une atmosphère de protection constante et l'attachement des parents est manifeste. L'allaitement maternel est exceptionnel : les accouchements à domicile sont rares sauf dans une seule paroisse.

La discipline est surtout du ressort de la mère rendant le père plus vulnérable au chantage des enfants. Au cours de nombreuses réunions sociales, il fut possible d'observer la présence des

4. « Dénigrement » est la traduction du terme *disparagement* et s'approche du concept adlérien de complexe d'infériorité appliqué à la culture.

enfants qui ne semblait en rien inhiber les conversions adultes et les histoires à contenu sexuel.

C'est pendant l'adolescence que la réalisation de leur insularité est perçue et leur apparaît comme un « enrichissement ». Les fréquentations, et la jeune fille prend alors le rôle agressif, se font généralement en groupes pour arriver finalement à une décision impulsive de mariage. Le manque de prévoyance réaliste est frappant et encouragé partiellement par les parents. La mariée doit quitter ses parents pour suivre son mari et habiter avec les parents de l'époux. On peut le concevoir, par suite de cette cohabitation de trois générations, de nombreux conflits surgissent pour finalement se terminer quand le foyer s'établira indépendant et autonome, déplacé souvent par le mariage d'un autre membre de la famille.

Le départ des adolescents pour le travail à l'extérieur est souvent une nécessité. La famille, surtout la mère, déploiera alors toutes ses énergies pour encourager le retour au domicile pendant la bonne saison, c'est-à-dire l'hiver. La dépendance semble être encouragée et maintenue pendant de nombreuses années.

II. ÉTUDE DE LA PATHOLOGIE

Introduction :

Il est bon de rappeler au début de ce chapitre certaines notions de Leighton sur le processus de désorganisation sociale au sein de la communauté (7). Ce terme implique un processus dans lequel les aspects de désorganisation prennent une ascendance sur ceux de l'organisation : il va sans dire qu'il n'existe pas d'absolu dans ce schéma.

Une certaine détérioration est inhérente à une adaptation aux changements exogènes et endogènes. Quand l'équilibre sera restauré, il y aura perte et l'équilibre dynamique dépendra du processus de détérioration et reconstruction.

L'organisation sociale peut être considérée comme l'aspect positif du processus par lequel le système se maintient tandis que la désorganisation sociale devient l'aspect négatif avec interruption

et désarticulation des différentes parties du système. La désorganisation est un processus dynamique s'éloignant de l'efficacité fonctionnelle de l'intégrée. Comme indices de désorganisation, il faut énumérer : 1° un désastre récent ; 2° un mauvais état de santé notable ; 3° une pauvreté remarquable ; 4° la confusion culturelle ; 5° l'état de sécularisation étendue ; 6° la migration ; 7° un changement social rapide et généralisé.

De plus, les communautés désorganisées présenteront certains points communs et saillants : 1° un pourcentage élevé de foyers brisés ; 2° des groupements faibles ou absents ; 3° des dirigeants (*leaders*) faibles et peu nombreux ; 4° un nombre limité d'activités récréatives ; 5° une hostilité notable ; 6° l'apparition de délinquance et de crimes ; 7° un réseau de communication fragmenté et peu développé.

Il nous a été possible de faire un relevé statistique portant sur toutes les personnes hospitalisées au cours de l'année précédente, dans le but d'établir certaines corrélations. Le diagnostic médical initial a été accepté *a priori* et ceci constitue une méthode scientifique fort discutable.

Maladies psychiatriques et hospitalisations :

Cette méthode ne permet pas un relevé statistique des névroses ; il a été convenu d'étudier les psychoses qui furent traitées dans une institution (22). Il y eut 11 malades hospitalisés avec les diagnostics suivants vérifiés par l'histoire clinique : un cas de schizophrénie, quatre cas de psychose maniaco-dépressive et six cas de psychoses organiques, séniles ou artério-sclérotiques.

Une compilation des maladies où il est reconnu que les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant révèle que particulièrement fréquentes sont les maladies dites rhumatisantes, suivies de près par les maladies de l'appareil digestifs et les maladies dermatologiques.

Il est à noter que seules dans le cas des maladies dermatologiques les femmes sont atteintes plus que les hommes dans la proportion de trois à un. Dans les deux autres catégories (digestive et rhumatisante) la fréquence était renversée indiquant nettement la prépondérance des hommes.

Il existe un taux d'avortements selon le terme médical extraordinairement élevé : 332 naissances et 93 avortements spontanés à l'hôpital au cours de l'année.

Une révision des statistiques a révélé que le temps d'hospitalisation pour un accouchement sans complication se prolongeait d'une façon singulière pour des raisons inexplicables. En excluant des facteurs aussi importants que les distances et le transport, ainsi qu'une complication obstétricale évidente, plus de la moitié des femmes accouchées demeuraient à l'hôpital pour une période moyenne de 20 jours.

Le niveau social semblait avoir une influence, car la proportion la plus élevée était dans la paroisse dont le niveau social et économique dépassait d'une façon marquée les autres paroisses. Ceci est d'autant plus remarquable que l'argument transport et distance ne jouait plus à cause de la proximité relative de l'hôpital. L'anxiété que soulève la naissance obligeait la patiente à se rendre à l'hôpital plusieurs jours avant la date prévue, malgré les avis contraires.

Sous l'influence d'un médecin, particulièrement dans deux paroisses éloignées, tous les accouchements se faisaient à domicile sans le phénomène décrit ci-dessus ; ce qui rend la compilation statistique difficile.

Données théoriques :

Parmi d'autres, l'hypothèse psychanalytique a permis une compréhension plus profonde des phénomènes psychologiques reliés à la maladie. La médecine psychosomatique nous laisse entrevoir les forces et les motivations de l'inconscient dans certaines entités cliniques.

La structure de la personnalité des patients atteints de rhumatisme laisse entrevoir une anxiété diffuse et profonde, des sentiments d'insécurité et des tendances agressives primitives. Ils ont tendance à se sentir rejetés et ils cherchent à s'isoler émotivement (9).

La personnalité des patients à symptômes dermatologiques présente certaines caractéristiques dont la plus fréquente est un conflit avec la mère (4) s'exprimant par une dépendance hostile (20).

Quant à la personnalité des patients souffrant de troubles gastriques pré-ulcéreux ou autres, il existe de nombreux conflits dans leurs relations avec la mère (13), centrés autour de leur agression inexprimée et leur dépendance ressentie vis-à-vis elle (17).

Le problème des avortements spontanés a été étudié sur le plan psychologique (10). Il est bon de retenir que l'hypothèse actuellement acceptée semble indiquer chez la femme des conflits agressifs marqués contre la mère dominatrice et une identification à un père faible qui est plus remarquable par ce qu'il n'accomplit pas (10). La tendance à réagir somatiquement aux situations psychiques rend ces personnes candidates à une réactivité psychosomatique, et elles se sentent capables de leurs devoirs domestiques sans jouir des privilèges de la féminité.

CONCLUSIONS

Les interrelations entre l'environnement et la maladie sont nombreuses et multiples. Isoler les variables pour mieux les étudier est le but de la recherche, mais la nécessité d'un « témoin » s'impose pour la vérification d'hypothèses, ce qui est impossible dans les limites de cette étude. La culture d'une population isolée se prête à la recherche mais ne deviendra importante qu'en procédant d'une façon comparative.

Pour reprendre l'orientation de Leighton, un processus de désorganisation sociale (7) semble en voie de s'établir aux îles de la Madeleine et on peut soupçonner des modifications prochaines dans leur style de vie qui se traduiront probablement dans la maladie. Il pourrait exister une relation en regard des hypothèses formulées sur le plan clinique entre les maladies psychosomatiques et l'influence du milieu sur ces maladies. On voit ici que les maladies les plus fréquentes sont celles qui sont reliées théoriquement au rôle social, et à l'influence de la mère sur cette communauté. Le nombre des maladies mentales est peu élevé ; et il serait essentiel de connaître l'influence et la fréquence de la maladie de la population pour qui les soins hospitaliers ne furent pas requis, par la technique de questionnaires détaillés.

Cette étude préliminaire ne vise qu'à fournir des données et hypothèses d'où découleront des recherches futures. Le concept de désorganisation sociale pourra alors servir de base de comparaison des cultures et des communautés différentes, et est relié à la proposition que la désorganisation sociale amènera des désordres psychiatriques marqués.

A la suite d'une expérience personnelle de travail récente avec Alexander H. Leighton et la publication des recherches du Stirling County (3 et 6), ce travail prend un intérêt scientifique. Il devient évident que les descriptions dans ce rapport préliminaire soient hâtives et l'emploi d'un questionnaire complet aiderait manifestement une compilation en se servant d'un échantillon établi.

A cause de son isolement relatif, cette population est idéale comme objet de recherche — et au moyen d'échantillons scientifiquement établis les différences entre la population de langue française et celle de langue anglaise pourraient être étudiées, ce qui rejoint une préoccupation bien contemporaine (19).

Il serait intéressant aussi de comparer la population acadienne continentale (3) à celle des îles de la Madeleine pour voir l'effet spécifique de l'insularité.

Le concept de dénigrement serait peut-être relié à la condition de l'insularité. La quantité nombreuse des inconnus ne peut être réduite que par une méthode de recherche scientifique stricte et rigoureuse, et cette étude est présentée comme un premier « jalon » pour encourager des recherches ultérieures.

RÉSUMÉ

Dans un rapport préliminaire, les vicissitudes de l'insularité telles que perçues aux îles de la Madeleine, province de Québec, en 1958, sont décrites. La méthodologie employée dans cette recherche de psychiatrie sociale s'est basée sur le modèle conceptuel proposé par Leighton.

La société est décrite dans un premier chapitre soulignant au foyer l'absence du père à cause de ses occupations habituelles de pêche, et la grande responsabilité que la mère en retour doit assumer.

Les rôles maternel et paternel se confondent davantage au cours de la période d'hiver.

Le syndrome de dénigrement (*disparagement*) semble exister au sein de cette population, de même que les indices d'un début de désorganisation sociale.

Dans le second chapitre un relevé de la psychopathologie est rapporté, mais s'avère incomplet à cause de la méthode employée par l'étude des dossiers d'hospitalisation. Un fait clinique intéressant est apparu et réside dans la proportion élevée des taux d'avortements et des attitudes centrées sur les phénomènes obstétricaux.

Ce travail est considéré comme un jalon vers des recherches scientifiques futures qui devront être plus rigoureuses, en tenant compte de la grande importance et des répercussions que représentent les études épidémiologiques des isolats. Des suggestions sont offertes en présentant des hypothèses scientifiques vérifiables avec les instruments appropriés, comme la présence d'une population comparative « témoin » et l'emploi de questionnaires détaillés.

SUMMARY

In a preliminary report, the vicissitudes of insularity namely Iles de la Madeleine (Magdalen Island), Province of Québec as perceived in 1958 are described in a socio-psychiatric study. The methodology was based on the conceptual model proposed by Leighton.

The society is described in a first chapter emphasizing in the home the absence of the father because of his fishing occupations and the constant responsibility assumed by the mother. A reversal of role is witnessed for the winter months. The disparagement syndrome seems to exist in the population as well as indices which appeared to be the initial phase of a social disorganization.

In a second chapter a survey of the psychopathological conditions was incomplete because of the method used through hospital charts. One outstanding clinical findings is the high rate of abortion and the attitudes centering around obstetrical phenomena.

The report should be considered an initial step toward future research in view of the contemporary interest in the socio-psychiatric study of closed community. Suggestions are postulated with scientific hypotheses to be verified with the appropriate scientific tools, the use of detailed and complete questionnaire given to the population with a control group to permit comparative studies.

BIBLIOGRAPHIE

1. CLEVELAND, E. J., et LONGAKER, W. D., Neurotic patterns in the family, in Explorations in social psychiatry, chap. VI, Leighton, Clausen et Wilson, éd., *Basic Books*, New-York, 1957.
2. ESSEN-MÖLLER, E., A current field study in the mental disorders in Sweden in Comparative epidemiology of the mental disorders, chap. 1, *Grune & Stratton*, New-York, 1961.
3. HUGHES, C. C., TREMBLAY, M.-A., RAPAPORT, R., et LEIGHTON, A. H., People of Cove and Woodlot, chap. III, *Basic Books*, New-York, 1960.
4. KEPECS, J. C., ROBIN, M., et BRUNNER, M., Relationship between certain emotional states and exudation into the skin, *Psychosom. Med.*, 13 : 1951.
5. LEIGHTON, A. H., Psychiatric disorder and social environment. An outline for a frame of reference, *Psychiatry*, 18 : (nov.) 1955.
6. LEIGHTON, A. H., My name is legion. Foundations for a theory of man in relation to culture, *Basic Books*, 1959.
7. LEIGHTON, A. H., Social disintegration, chap. IX, in (6).
8. LEIGHTON, A. H., CLAUSEN, J. A., et WILSON, R. N., Explorations in social psychiatry. Introduction, *Basic Books*, New-York, 1957.
9. LUDWIG, A. O., Psychogenic factors in rheumatoid arthritis, *Bull. Rheumat. Dis.*, 2 : 15, 1952.
10. MANN, E. C., Habitual abortion, *Am. J. Obst. Gynec.*, 77 : 706-718, 1959.
11. MAZER, M., The human predicaments of an island population, in HASSERMAN, ed., Communication and community, *Grune and Stratton*, New York, 1955.
12. MILLER, E., Is a social psychiatry possible?, *Brit. Med. J.*, 1951.
13. MITTELMAN, B., et WOLFF, H. G., Emotional and gastrointestinal function, *Psychom. Med.*, 4 : 1942.
14. NORTON, A., et HALL-SMITH, P., A psychiatric view of skin disorder, in D. O'NEIL, Modern trends in psychosomatic medicine, chap. IX, *Paul B. Hæber, Inc.*, New-York, 1955.
15. OPLER, M. K., Culture, psychiatry and human values, *Charles C. Thomas*, 1956.
16. RIOUX, M., Belle-Anse, *Musée National du Canada*, 1957.
17. ROSENBAUM, M., Psychosomatic aspects of patients with peptic ulcer, in WITTKOWER et CLEGHORN, Recent development in psychosomatic medicine, chap. XVIII, *J. B. Lippincott Company*, 1954.
18. ROWNSLEY, K., et LOUDON, J. B., Epidemiology of mental disorder in a closed Community, *Brit. J. Psychiat.*, 110 : 830-839, 1964.
19. SAUCIER, J.-F., Communication personnelle.
20. SEITZ, P. F. D., Psychological aspects of skin diseases, in WITTKOWER et CLEGHORN, Recent development in psychosomatic medicine chap. XIV, *J. B. Lippincott Company*, 1954.
21. SJÖBRING, H., La personnalité, *Editions Doin*, Paris, 1963.
22. Interrelations between the social environment and psychiatric disorders, *Millbank Memorial Fund*, New-York, 1953.

ÉTUDE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN CAS DE PSEUDO-HERMAPHRODISME MÂLE *

C.-A. MARTIN, M.D., F.R.C.P. (C),¹
et Harry GRANTHAM, M.D., F.R.C.P. (C).²

INTRODUCTION

Les aspects psychiatriques de l'intersexualité sont multiples. En effet, l'intégration de la fonction génitale dans les comportements d'un individu est souvent difficile alors même qu'il possède une morphologie génitale normale ; on soupçonne aisément les conséquences psychologiques nombreuses et l'adaptation périlleuse de celui qui souffre de malformations congénitales.

Mais l'intérêt est encore accentué, du fait que les cas de pseudo-hermaphrodisme nous permettent de réfléchir sur la dualité nature-environnement, *nature-nurture*, dans la genèse du comportement sexuel.

L'identité sexuelle et les conduites sexuelles préférées d'un individu apparaissent cliniquement et dans la plupart des cas comme des attributs psychologiques stables et persistants. Certains auteurs, tels Havelock Ellis, Krafft-Ebbing, ont expliqué ces faits sur une base innée, constitutionnelle. La plupart des sexologues accentuent présentement le rôle de l'environnement.

Les intersexes réalisent de véritables expériences de la nature sur l'aspect héréditaire ou acquis de l'identité sexuelle. Car le sexe imposé à de tels sujets, se référant à leur morphologie externe, peut assez fréquemment être à l'inverse du sexe généti-

que, gonadique ou endocrinien. Si le sexe organique détermine l'identité sexuelle, l'éducation dans le sexe imposé devrait être dépassée par des tendances aux conduites sexuelles inverses. Les tenants de la théorie de l'environnement prévoient le contraire, l'éducation ayant selon eux le rôle décisif. Il est utile de réaliser, ainsi que le souligne Kay (3), que les variables concernées (hérédité, environnement physique, culture), se retrouvent toutes dans le cadre familial.

La fréquence des troubles psychiatriques accompagnant l'intersexualité a été estimée bien différemment selon les auteurs. Cappon (1) dans une série de 17 cas n'en trouve que quatre en bonne santé mentale ; au contraire, un groupe du Johns Hopkins Hospital, Hampson, Hampson et Money (2) ont beaucoup moins de mésadaptés dans leur série de 113 cas.

RAPPEL MÉDICAL

Un hermaphrodite au sens strict du mot — éventualité rarissime — est un individu possédant les gonades des deux sexes. Le pseudo-hermaphrodite mâle ou femelle possède les gonades d'un seul sexe mais les organes génitaux internes ou externes et les caractères sexuels secondaires caractéristiques, à des degrés variables, du sexe opposé. Leur apparence génitale externe à la naissance augmente le risque d'être éduqué dans le sexe opposé.

Un pseudo-hermaphrodite mâle possède un certain nombre de caractéristiques extérieures féminines mais ses glandes génitales sont histologiquement des testicules offrant une spermatogénèse

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. Chef de service à la Clinique Roy-Rousseau, Québec et Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval.

2. Psychiatre à la Clinique Roy-Rousseau, Québec, et Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université Laval.

plus ou moins complète. Génétiquement mâles, ils sont d'ordinaire éduqués comme des femmes ; c'est fréquemment à la puberté, alors qu'on constate une aménorrhée primitive, une hypertrophie clitoridienne qui s'accroît, des changements de la voix et l'apparition du système pileux, qu'un examen médical et gynécologique est fait.

À l'inspection le patient peut offrir divers aspects morphologiques depuis celui d'un mâle avec un hypospadias jusqu'à l'apparence d'une femme ayant un « clitoris » hypertrophié avec hypospadias. Il y a fréquemment un vagin conique s'ouvrant dans le périnée avec un scrotum bifide au niveau des grandes lèvres. Les testicules peuvent être abdominaux, dans les canaux inguinaux ou dans le scrotum bifide.

Ces pseudo-hermaphrodites offrent souvent une attitude psychologique masculine à la puberté et les auteurs ont tendance à préconiser une chirurgie correctrice permettant d'approcher par la suite une morphologie génitale mâle normale. Mais lorsqu'un tel individu a été éduqué comme une femme, il est admis que la chirurgie plastique puisse être en corrélation avec cette situation psychologique et sociale. Il est certain qu'au cas de doute sur le sexe d'un enfant, il s'impose de faire déterminer au plus tôt son sexe génétique et de procéder à une biopsie gonadique afin de bien orienter son identité sexuelle.

OBSERVATION

Mademoiselle Doris B. est originaire d'un petit centre rural en Abitibi ; elle est la deuxième d'une famille de 13 enfants. Ses parents sont cousins germains et deux de ses sœurs auraient un tableau clinique semblable. Elle se dit depuis toujours déçue de son milieu familial et culturel ; son père est un menuisier honnête qu'elle dit dépassé par ses responsabilités. La patiente blâme ses parents de s'être épousés avec un degré rapproché de parenté.

Elle consulte la première fois en 1956, à Montréal, âgée de 17 ans, pour aménorrhée primaire, pilosité faciale et mentonnière, absence de seins.

On la dit psychologiquement instable, irritable, taciturne et triste.

Son apparence générale comporte alors plusieurs caractéristiques masculines : voix grave, distribution masculine du système pileux, bassin non élargi. Cependant, l'examen gynécologique révèle un clitoris hypertrophié et un petit vagin conique se terminant en cul-de-sac, sans col ou corps utérin palpable.

Un syndrome surrénalien ou hypophysaire étant éliminé, on décida de procéder à une laparotomie exploratrice qui révéla l'absence d'utérus et de trompes ; deux glandes génitales sont au détroit supérieur. Une biopsie indiqua un tissu testiculaire sans spermatogénèse. Son sexe génétique est masculin.

Il fut décidé de procéder à des plasties pour lui donner une morphologie féminine : ablation partielle du clitoris, construction d'un vagin par greffe sur moule, confection de seins par transplantation de tissu adipeux à deux reprises. Un traitement hormonal par œstrogènes de synthèse fut combiné. La patiente eut malheureusement une complication chirurgicale l'incommodant depuis lors ; elle souffre en effet d'une fistule urétrovaginale et d'incontinence urinaire partielle. Enfin elle reçut un traitement médical répété pour une mastoïdite chronique récidivante.

De 1956 à 1962, date de son arrivée en milieu psychiatrique, Doris B. a passé environ la moitié de son temps dans les hôpitaux. Il semble bien, d'ailleurs, qu'elle s'y sentait relativement bien, compte tenu de son éloignement des parents qu'elle ne tolérait pas et des gratifications offertes en milieu hospitalier.

Elle est admise dans notre Service psychiatrique à la demande de ses parents et avec l'aide du Service social de leur région. Ses crises d'agitation démonstrative durant plusieurs heures rendent la situation intolérable à la maison. Agressive, surtout envers son père et ses frères, elle a toutefois menacé sa mère d'un couteau. Lors de ces paroxysmes colériques, elle se roule par terre, menace de fuir son foyer.

Les parents de cette malade n'ont pu être rencontrés en raison de la distance qui nous sépare,

mais sa mère nous a écrit plusieurs lettres expliquant son inadaptation constante au milieu familial, surtout depuis les interventions chirurgicales de 1956.

Son attitude dans une première série d'entrevues fut calme, avec une certaine timidité. Elle recherche constamment de la réassurance, se disant « incurable » ; elle se refuse à accepter sa situation et soutient que les médecins se trompent lorsqu'ils prétendent qu'elle est « sans organes ». Sa fistule urétrovaginale et l'incontinence qui en résulte avec les répercussions sur sa vie en groupe, la préoccupent sans cesse. Elle verbalise abondamment sur ses organes génitaux et doute de son identité sexuelle. « Si je ne suis pas un homme ni une femme, dit-elle, qu'est-ce que je suis ? »

Graduellement, sa collaboration s'améliore tant en entrevue que dans sa participation aux activités hospitalières quotidiennes ; elle devient souriante, détendue, plus sociable. Elle acquiert la possibilité de critiquer son comportement, racontant que les crises sont évitées lorsqu'elle se sent comprise. Puis elle dit « se sentir femme » avec intérêt sexuel envers les hommes et rêves occasionnels à thèmes sexuels avec partenaires masculins. Une partie importante de son temps est utilisée pour des soins attentifs et recherchés de maquillage, traitement des cheveux, polissage des ongles, etc. Ses plans futurs sont de devenir infirmière ou mannequin ; elle dira à un autre psychiatre « garde-bébé ou religieuse ». Sa scolarité de huitième année vient limiter ses ambitions, quoiqu'elle soit de niveau intellectuel moyen. A des périodes d'euphorie succèdent des phases de pessimisme.

L'amélioration apparente nous la fit référer au Service social pour orientation sur le marché du travail ; elle s'est montrée hésitante et difficile dans le choix d'un travail puis tout-à-fait inconsistante dans son rendement.

Quelques jours après sa sortie d'une hospitalisation de trois mois, elle laisse les plans élaborés, retourne chez ses parents et reprend un comportement similaire : irritable, démonstrative, exigeante pour les siens, passive devant les travaux domestiques. Les scènes colériques se répétant et la

patiente menaçant de se promener sur la rue en vêtements de nuit, un médecin la fit interner d'urgence.

Son attitude fut superposable à celle de sa première admission. Elle se croit infirme et se dit honteuse de sa condition. « Si je ne suis pas bâtie comme les autres, je ne puis agir comme les autres » dit-elle.

Son comportement est souvent instable et capricieux ; elle annonce à l'avance ses crises et ajoute « c'est un peu volontaire ce que je fais ».

Elle exprime certaines fantaisies sur la sexualité, prétendant qu'elle a eu ses règles à quelques reprises, demandant si elle pourra avoir des enfants. Ses lectures sur la sexualité se multiplient et elle exige des traitements hormonaux et des consultations gynécologiques. Sa fistule urétrovaginale persiste et l'incommode. Sa façon d'aborder ses problèmes devient plus superficielle et elle exige des mises en congé de l'hôpital quoiqu'elle ne tarde pas à y revenir pour les mêmes raisons après trois ou quatre mois. Ses parents suggèrent l'obtention d'une pension d'invalidité, ce à quoi la patiente s'objecte. De fait, de 1962 à 1965, la majeure partie de son temps fut passé en milieu institutionnel psychiatrique et son état est demeuré stationnaire.

DISCUSSION

Il nous semble bien que l'identité sexuelle de cette patiente ne soit pas encore définitivement déterminée. Nous avons l'impression, et Cappon a vu dans ce genre de cas la source des plus graves conflits intrapsychiques, que les facteurs psychosociaux jouent à l'inverse de la sexualité somatique. Cette patiente semble jouer un rôle adapté au sexe imposé et périodiquement, elle décompense par de l'angoisse hystérique.

Les Hampson, dans leur série de cas, sont plus optimistes et semblent suggérer de ne retourner au sexe organique que chez le jeune ; Cappon, au contraire, soutient qu'on doit transformer le patient dans ce sens jusque dans les deuxième ou troisième décennies de la vie. Il ne fait aucun doute qu'une consultation psychiatrique préalable à une telle décision s'impose dans tous les cas.

Notre patiente est loin d'avoir intégré la partie génitale de son « image de soi » ; elle se montre plus intéressée à acquérir les caractéristiques sexuelles secondaires qu'à fonctionner sexuellement. Sa recherche de l'apparence et du rôle social superficiel de la femme la préoccupent ; sa véritable hétérosexualité est difficile à déterminer, la patiente ne fournissant pas de données à ce sujet et se montrant sans cesse soucieuse de plaire à l'interrogateur.

Est-il possible de se questionner sur les objets réels de son énergie sexuelle ? Si elle se sent attirée par les hommes en raison du rôle social, est-ce jusqu'à un certain point de l'homosexualité puisqu'elle est un homme. Dans le Service des femmes, est-elle attirée par des pulsions à l'endroit des autres patientes qu'elle pourrait percevoir comme homosexuelles, se croyant femme, étant homme.

L'agressivité qu'elle manifeste envers ses parents nous semble davantage dirigée vers le père puis vers la mère. Elle leur reproche un mariage consanguin, « cause directe de son état », et leur situation socio-économique déplorable. Le conflit avec les figures parentales n'étonne pas dans ce contexte mais, avec les auteurs ayant exploré ce sujet, nous hésiterions à utiliser de façon rigide la terminologie analytique. La castration de cette patiente est-elle au centre même de son conflit intrapsychique ? Nous nous demandons si le traitement chirurgical reçu est accepté par notre malade et s'il n'a jamais été compris autrement que comme une agression dont les parents sont au moins la cause indirecte.

On doit aussi noter les déficiences de son milieu social et familial, son développement culturel restreint comme des facteurs venant assombrir le

pronostic. D'autre part, les hospitalisations prolongées, sans soins spécialisés à l'hôpital comme milieu thérapeutique, favorisent un comportement névrotique régressé et passif qu'elle ne peut modifier seule. Enfin, une complication chirurgicale aussi incommode qu'une fistule urinaire est sûrement un facteur irritant et défavorable.

Même si la portée thérapeutique de nos décisions nous semble assez limitée, nous avons l'impression, tout en supportant cette patiente dans ses difficultés, de saisir un peu plus la complexité des relations entre l'organique et l'environnement.

SUMMARY

A case is presented of male pseudo-hermaphroditism studied from the psychopathological point of view.

The authors have treated during the three last years a patient presenting an intersexuality corrected four years before. The patient presented severe emotional instability and hysterical behavior.

Theoretical considerations are made concerning the basis of the sexual identity and sexual behavior and the opportunity of a psychiatric consultation before such a kind of corrective surgery is made.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAPPON, D., EZRIN, C., et LYNES, Psycho-sexual identification (psycho-gender intersexed), *Can. Psych. Ass. J.*, 4 : 90-106 (avril) 1959.
2. HAMPSON, J. G., HAMPSON, J. L., et MONEY, J., Hermaphroditism : Recommendation concerning case management, *J. Clin. Endocrin.*, 16 : 547-556, (avril) 1956.
3. KAY, D. W., in RICHTER, D., Aspects of psychiatric research, pp. 218-239, *Oxford Univ. Press*, Londres, 1962.
4. MONEY, J., et HIRSCH, S. R., Chromosome anomalies, mental deficiency and schizophrenia, *Arch. Gen. Psychiat.*, 8 : 242-251, (mars) 1963.

LA RÉSISTANCE PASSIVE CHEZ LE PERSONNEL AU COURS DE LA RÉORGANISATION D'UN HÔPITAL À SÉCURITÉ MAXIMALE *

L. GERVAIS, M. D.,¹ P.-B. ROY, M. D.,² L. BÉLIVEAU, M. D.³

« New opinions are always suspected usually opposed without any other reason but because they are not already common. »

(John Locke, 1632-1704.)

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'expérience que cette communication vous propose nous apparaît singulière, révélatrice et susceptible d'une contribution à l'étude des problèmes multiples de la psychiatrie hospitalière.

L'année 1927 marqua une date mémorable dans l'histoire des hôpitaux psychiatriques du Québec alors que fut institué le premier centre psychiatrique à sécurité maximale de la province. Les circonstances historiques de la fondation de cet hôpital psychiatrique spécialisé méritent une considération particulière dans le contexte de notre exposé. En bref, rappelons l'épisode dramatique de l'évasion d'un patient de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et de ses menaces délirantes à l'endroit d'un personnage politique de l'époque. C'est ainsi que le gouvernement décida de créer une institution spéciale pour malades mentaux dangereux et particulièrement pour les criminels et les délinquants dont la condition mentale nécessitait des traitements psychiatriques hospitaliers. Un Arrêté en conseil créa définitivement cette Institution sous le nom d'« Asile des détenus

aliénés de Bordeaux », ⁴ et la confina dans l'enceinte de la prison de Bordeaux. Les premiers patients à y être admis étaient, pour la plupart, des malades déjà hospitalisés en milieu psychiatrique mais qui avaient commis quelque délit dont la gravité était très variable. Toutefois les hôpitaux psychiatriques prirent rapidement l'habitude de transférer à l'Hôpital de Bordeaux ceux de leurs malades dont ils ne pouvaient contrôler le comportement antisocial, agressif, violent et dangereux ou encore qui étaient trouvés intolérables. Il arrivait même parfois que dans le but de créer de l'espace et d'avoir des lits disponibles, on « déménageait » à l'Hôpital de Bordeaux des malades dont le diagnostic et le comportement ne justifiaient qu'à peine le transfert. Cette situation s'explique facilement si l'on considère que jusqu'à ces dernières années, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu desservait à lui seul 47 comtés et près de 70 pour cent de la population canadienne-française de la province.

Ces divers facteurs contribuèrent à l'accroissement rapide de la population hospitalière de l'Hôpital de Bordeaux. C'est ainsi qu'en 1935, on comptait déjà 350 malades ; ce nombre passa à 500 en 1945, puis à 800 en 1950 et à 1 000 en 1955 pour atteindre le nombre record de 1 137 en 1959. Un tel surpeuplement confronta les ministères concernés, et particulièrement celui du procureur général, avec un épineux problème : la population de la prison de Montréal était constituée

* Travail présenté au premier congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. Surintendant médical de l'Institut Philippe-Pinel, Montréal.

2. Psychiatre de l'Hôpital des Laurentides et consultant à l'Institut Philippe-Pinel, Montréal.

3. Psychiatre de l'Institut Philippe-Pinel, Montréal.

4. Le nom d'Hôpital psychiatrique de Bordeaux est actuellement définitivement changé pour celui d'*Institut Philippe-Pinel*.

aux deux tiers et aux trois quarts par des malades psychiatriques. Ce n'est pas sans raison qu'un témoin de l'époque nous rapporte que les « médecins passaient une bonne partie de leur temps à circuler d'une aile à l'autre, à monter ou à descendre et à se rendre aux quatre coins cardinaux de la prison » pour faire leur tournée. Finalement, et après de nombreux espoirs jamais actualisés de déménagement et de construction nouvelle, le gouvernement fit l'acquisition du pavillon Saint-Vallier où furent dirigés environ la moitié des patients de Bordeaux ; il n'en resterait pas moins que l'Hôpital comptait encore plus de 500 malades. Puis vint la construction des hôpitaux de Joliette et des Laurentides qui accueillirent, à la suite de l'enquête psychiatrique de 1962, la majorité des malades qui séjournaient encore à Bordeaux.

Le rapport Bédard avait largement contribué à diminuer la population des patients de Bordeaux et avait même recommandé la fermeture définitive de cet hôpital. Cependant, il fallut réaliser l'impossibilité d'intégrer tous ces patients dans des milieux psychiatriques ordinaires. C'est d'ailleurs ce qui a toujours conféré à l'Hôpital psychiatrique de Bordeaux son caractère et son statut particuliers parmi les autres hôpitaux psychiatriques de la province.

Finalement, l'Hôpital de Bordeaux fut confiné à une seule aile de la prison et sa population se fixa à environ 150 patients. Ce nombre représente la population actuelle de l'hôpital. Les patients qui y demeurèrent furent ceux qu'on juge inacceptables dans les autres hôpitaux, soit à cause de leur comportement dangereux ou potentiellement dangereux, mais surtout ceux qui sont sous le coup d'une accusation particulièrement grave ou qui ont à purger des sentences plus ou moins longues et dont l'état nécessite des soins psychiatriques.

DESCRIPTION DE CET HÔPITAL

L'hôpital occupe entièrement une des six ailes de la prison, soit l'aile D. L'architecture de l'aile psychiatrique ressemble à celle des autres ailes

à l'usage des prévenus et des détenus. C'est la longue série de cellules latérales en galeries superposées et entièrement grillagées avec un vaste espace central libre qui s'étend jusqu'au toit. Les patients séjournent dans ces cellules qu'ils peuvent décorer à leur goût encore que dans des limites jugées raisonnables par les autorités. Ils peuvent circuler assez librement d'un étage à l'autre, se rendre à leur travail ou à une cour intérieure.

La proximité de la prison présente un problème fondamental pour l'hôpital. Pour le malade, le fait d'habiter une aile de la prison contribue à l'identifier au prisonnier et l'empêche de réaliser la signification de son hospitalisation. Mais cette promiscuité carcérale a aussi d'autres effets sérieusement défavorables. C'est la contamination du malade par le prisonnier, les échanges de toutes sortes entre eux et l'esprit de solidarité en quelque sorte qui s'exprime lorsque surviennent des conflits d'envergure, des remous et surtout des soulèvements d'un côté comme de l'autre.

Population de cet hôpital :

L'hôpital comprend une population actuelle d'environ 150 patients. La grande majorité de nos patients nous sont référés par les Cours devant lesquelles ils ont à répondre de différents délits. Ces individus ont été, soit déclarés mentalement malades au moment de la commission de leur délit ou jugés inaptes à subir leur procès à cause de maladies ou d'arriération mentale. La plupart présentent des troubles caractériels et un comportement antisocial. La gravité des délits est variable et s'échelonne du vagabondage jusqu'au meurtre en passant par l'incendiat et les diverses psychopathies sexuelles. Quant à l'âge de nos patients, il varie entre 19 et 70 ans. La durée d'hospitalisation est aussi fort variable et s'étend de quelques semaines à 15, 20 ans et même plus. Inutile de mentionner que dans les conditions actuelles toute ségrégation est complètement impossible. Les diagnostics comportent une certaine diversité mais les troubles caractériels et la débilité mentale avec troubles du comportement prédominent.

Enfin, notre population inclut aussi une certaine proportion de malades qui nous viennent d'autres hôpitaux psychiatriques et dont le transfert s'avère nécessaire à cause de leur comportement dangereux. Ces malades n'ont cependant aucun dossier judiciaire.

En résumé, un patient est dirigé à notre hôpital à cause de son degré de dangerosité qui le rendrait incontrôlable dans un hôpital psychiatrique ordinaire s'il y était référé par la Cour ou encore qui le rendrait intolérable à cet hôpital.

Le personnel :

Pour les besoins de notre exposé nous nous limiterons à la description du personnel auxiliaire comprenant les surveillants, les infirmiers et les aides-infirmiers. Sans tenir compte des améliorations actuellement en cours et visant à renouveler cette section du personnel on peut affirmer que la lacune fondamentale a toujours été l'absence de qualifications élémentaires. Plusieurs sont âgés, nombreux sont illettrés, à plus forte raison sans qualifications spécifiques autres que l'« expérience du milieu » et leur tradition d'efficacité ou d'inefficacité. Parmi les plus âgés, on a constaté que bon nombre d'entre eux avaient obtenu leur emploi à l'hôpital par le truchement de leur député sans considération de leurs qualifications et parfois même à cause d'un handicap qui leur interdisait le travail « trop dur ». Quelques facteurs nous apparaissent significatifs pour expliquer cet état de choses : la médiocrité de la rémunération, l'absence de valorisation du métier de surveillant à l'aile D et même la désapprobation et le mépris qu'on y attache, enfin le recrutement parmi les gardes jugés incompetents et ne remplissant pas les exigences de la prison.

A notre arrivée à l'Hôpital de Bordeaux nous avons voulu continuer l'œuvre de transformation, d'amélioration et de modernisation de notre pré-décesseur. Pour ce faire nous avons établi un programme qui signifiait forcément une participation plus active de nos surveillants par des tâches plus élaborées et qui impliquaient une plus grande autorité et davantage de discipline

auprès des patients. C'était exiger d'eux un rendement plus efficace.

La réaction du personnel vis-à-vis un tel programme :

La majorité ont réagi tout d'abord par la surprise, puis par la réticence et, finalement, par l'inertie collective qui s'exprima clairement par le désir de conserver le *statu quo* et qui pourrait s'illustrer par les remarques suivantes : . . . « à quoi bon . . . à quoi ça sert, ça changera rien . . . ça toujours ben marché comme ça . . . ça fait vingt ans que ça dure . . . y'a rien à faire avec ces malades-là . . . faut les laisser faire ce qu'ils veulent . . . les chefs de gang . . . ».

Quelques incidents survenus à l'occasion du programme de réorganisation illustrent bien cette attitude de passivité. Ainsi la tradition du milieu voulait qu'un petit groupe de patients particulièrement « influents » dans la population générale soient acceptés et préposés à la cuisine, département-clé de notre hôpital pour le commerce clandestin. En réalité, non seulement les activités des patients de la cuisine n'étaient pas thérapeutiques mais masquaient plutôt un certain réseau de trafic de nourriture apprêtée et vendue aux autres malades ainsi qu'aux détenus et aux prévenus de la prison : c'était en quelque sorte une espèce de restaurant à chaîne et qui pouvait également servir de source d'approvisionnement de matières premières pour la fabrication de spiritueux. Mais le problème de la cuisine se révéla dans toute son ampleur lorsque fut découvert un autre trafic, celui de la « protection », à l'endroit des surveillants qui « devaient » verser un certain montant d'argent à chaque mois pour « avoir la paix » et s'assurer la bonne entente avec les patients. Fait étonnant, aucun des « protégés » ne jugeait opportun de se plaindre de la situation. La thérapie par les activités culinaires fut drastiquement supprimée et tous les patients sans exception en furent exclus et soumis à d'autres formes de thérapie occupationnelle. La réaction de protestation de la part des patients s'explique fort bien. Celle que manifesta les surveillants se révéla toutefois fort significative. Exploités, dégradés en quelque

sorte, ils n'en protestèrent pas moins en se plaignant de la mauvaise nourriture, comme les patients, et de l'inefficacité du nouveau personnel de cuisine. Nous avions cru protéger le personnel et lui restaurer un peu de sa dignité et de son prestige mais nous n'avions pas prévu la réaction émotionnelle de la part des surveillants qui s'identifièrent inconsciemment aux patients.

Un autre fait révélateur fut la crainte quasi-panique qui s'empara du personnel auxiliaire lorsque fut créée la Corporation de l'Hôpital et qui se substituait ainsi au ministère de la Santé : ce fut l'insécurité aiguë de l'individu qui perd brusquement son statut de fonctionnaire. Même si on leur proposait d'améliorer leur sort la majorité craignait le pire, la catastrophe, le congédiement.

Les exemples seraient nombreux. Par exemple les difficultés quasi insurmontables de la communication claire et efficace : les patients sont généralement la meilleure source d'information. Des séances de thérapie de groupe d'environ 25 patients furent organisées mais la résistance des surveillants se manifeste soit par leur « oubli » d'aller chercher les patients pour leur séance de thérapie, soit en les laissant sciemment se rendre à d'autres activités tout en sachant qu'ils étaient attendus à la réunion de groupe.

Enfin, un phénomène particulier, et qu'on serait peut-être porté à sous-estimer parce qu'il évolue à bas bruit et progressivement, c'est ce qu'on peut appeler l'« institutionnalisation » du personnel. Elle se caractérise par la chronicisation de la fonction, du rendement qui appauvrit, éteint les ambitions originelles par absence de renouvellement et de support approprié et qui se traduit par une sorte de démission progressive et d'acceptation passive qui devient de l'indifférence et, finalement, se transforme en une sécurité encapsulée et de plus en plus sclérosée.

LE PHÉNOMÈNE D'IDENTIFICATION

Il nous semble qu'un des facteurs qui contribue le plus à l'anxiété du personnel est son manque d'identité. Et parmi les raisons apparentes de ce phénomène on peut identifier le fait que nos sur-

veillants nous viennent à peu près de la même couche sociale que nos patients. Il y a aussi l'absence de maturation suffisante et de formation générale ou spécialisée en rapport avec leur fonction. Une fonction dévalorisée et marquée d'un caractère péjoratif. Comme les membres du personnel n'ont pas de costume distinctif, ils n'ont rien qui les différencie de nos patients qui, d'ailleurs pour un bon nombre, peuvent passer pour normaux, si l'on fait abstraction de leur délinquance. Il est intéressant de noter qu'à maintes reprises nos surveillants se sont plaints de ne pas avoir d'uniforme en invoquant des raisons d'ordre économique. Nous sommes convaincus que la véritable raison de leurs démarches était d'obtenir un signe qui puisse leur permettre de se différencier et de se distinguer dans une certaine mesure des malades, afin de pouvoir mieux conserver leur identité trop facilement compromise.

En plus d'un manque d'identité significative, notre personnel doit aussi faire face à plusieurs autres sources d'anxiété. Ces employés ressentent tout d'abord la crainte bien connue que cause l'approche du patient psychiatrique. Puis la peur des patients violents, surtout dans des conditions de sécurité plus qu'insuffisantes. Ajoutons à ce sentiment les difficultés personnelles de chacun avec leur propre violence. Cette anxiété est ensuite largement augmentée par suite du manque ressenti de support auprès des autorités. Les surveillants peuvent difficilement communiquer avec l'autorité médico-administrative qui, forcément, ne voit pas leurs besoins et est souvent dans l'impossibilité de les satisfaire. Ceci peut très bien s'expliquer d'une part par la confusion dans les rôles d'autorité partagée entre les surintendants et les gouverneurs de la prison ainsi qu'avec leur ministère respectif, tel qu'on a pu le constater dans l'histoire de l'hôpital. D'autre part, le trop grand nombre de patients et de personnel sous la responsabilité d'un même chef contribuent encore au même résultat. Enfin, cette anxiété est accrue par la dualité de fonction des surveillants qui jouent un peu les rôles de policier et de thérapeute. La prédominance de ces rôles a pu varier dans l'histoire de l'hôpital

selon le genre de sa population ou de l'autorité administrative en fonction.

L'anxiété et l'insatisfaction croissantes ont décidé plusieurs employés à démissionner et c'est peut-être là la solution la plus saine. Quant à ceux qui restent, ils ne trouvent pas d'autre solution à leur anxiété que de s'identifier aux patients. C'est ce processus complexe d'identification que nous avons cherché à comprendre et à décrire d'un point de vue dynamique.

A leur arrivée, les surveillants voient chez le malade certains traits délinquants qu'ils retrouvent en eux-mêmes. Il existe aussi au sein des patients une hiérarchie comprenant des chefs obéis et respectés par l'ensemble : c'est la hiérarchie de la communauté carcérale. Ceci crée donc dès le début une certaine empathie qui, éventuellement, se transforme en identification. Dans la psychologie des groupes, Freud nous a montré l'importance de l'identification des membres d'un groupe à son chef. On pourrait espérer que les surveillants puissent s'identifier à l'autorité médicale et administrative. Cependant, le contact constant avec le malade contribue d'une certaine façon à contaminer le surveillant. Les gardiens deviennent ainsi des victimes faciles qui s'intègrent dans le groupe relativement bien organisé des malades. Les patients, et particulièrement leurs chefs, deviennent donc des objets d'identification pour les surveillants puisqu'il existe dès le départ un rapprochement émotionnel qui va s'intensifier avec le temps et les habitudes.

Certains surveillants, à cause de leurs tendances possiblement moins délinquantes mais dans un effort pour contrôler leur propre anxiété, utiliseront le mécanisme d'identification à l'agresseur. C'est ainsi que le patient sera vu comme tellement menaçant que le surveillant s'identifiera à lui jusque dans un processus d'assimilation. On voit alors des surveillants devenir revendicateurs à la façon des patients. C'est Anne Freud qui dit : « . . . en personnifiant l'agresseur, en assumant les attributs ou en imitant l'agresseur, l'enfant (représenté ici par le surveillant) se transforme de personne menacée en personne menaçante. Cette transformation du rôle passif en rôle actif permet

d'assimiler des expériences traumatiques et déplaisantes ».

Une fois identifiés aux patients, les surveillants finissent par conclure des pactes avec eux et particulièrement avec les chefs de gang. Ils ferment les yeux sur des comportements dangereux et pervers de certains patients, n'interviennent pas dans certains règlements de compte, favorisent par le silence quand ce n'est pas par la contribution directe, le commerce d'alcool, de barbituriques ou autres produits généralement contre-indiqués dans les milieux carcéraux. En plus de participer à cet *acting out* des patients, ils se prêtent à toutes sortes d'engagements dont le plus commun est l'emprunt d'argent. Un tel comportement annule leur autorité et détruit le respect fondamental qui leur est nécessaire dans leur fonction.

Ils leur arrivent même, devant les patients, de critiquer l'autorité sur laquelle ils reportent le blâme de toutes leurs frustrations et l'hostilité des patients qu'ils ne peuvent tolérer. C'est là le prix contre lequel ils troquent leur protection et c'est ainsi que se creuse progressivement entre eux et l'administration un fossé qu'il est difficile pour ne pas dire impossible de combler.

LA RÉSISTANCE PASSIVE

Lorsqu'une autorité nouvelle tente de réaliser un programme de réorganisation dans de telles conditions, elle se heurte à un système structuré qu'on a convenu d'appeler « la résistance passive » et qui pourrait se définir par l'attitude du personnel identifié aux patients et qui s'oppose par son inertie à toute nouvelle initiative et à tout changement. En cherchant à comprendre les causes de cette résistance passive, nous en sommes arrivés aux conclusions suivantes. Plusieurs surveillants étaient tellement engagés dans le commerce et dans toutes sortes d'ententes clandestines avec les patients qu'ils ne pouvaient plus revenir en arrière et faire exécuter les nouvelles directives sans courir des risques sérieux en guise de représailles de la part des malades. De même, la plupart de nos surveillants qui avaient acheté en quelque sorte

leur protection personnelle craignaient de changer leur attitude vis-à-vis des patients en appliquant le programme de réorganisation de l'hôpital et de se voir départir par la suite de toute protection et être utilisés comme boucs émissaires par la nouvelle administration.

Ayant réussi à contrôler leur anxiété par l'identification, ils se sentent tous menacés par la nouvelle administration et son nouveau programme qui les force à cesser cette identification relativement confortable et à affronter à nouveau leur anxiété. Cette situation est d'autant plus menaçante que les facteurs qui avaient contribué à provoquer cette anxiété originelle étaient les mêmes. D'où la réaction pour ceux qui ont choisi de ne pas démissionner, de renforcer leur mécanisme de défense en s'identifiant encore davantage aux patients et en évoluant vers l'immobilisme et la résistance inerte.

Comme autre raison de ce comportement, on peut penser que le personnel craint de ne pas être aidé à mieux se défendre contre son anxiété et d'être déçu dans son attente et son besoin d'être valorisé, par l'autorité médico-administrative. Et cette crainte se matérialise jusqu'à un certain point lorsqu'ils réalisent que la nouvelle direction semble vouloir donner plus de support et de possibilités de communications aux patients avec les médecins en instituant par exemple des réunions de groupes, d'où la réaction d'opposition plus grande du personnel qui se sent frustré de voir les patients recevoir ce qu'eux-mêmes revendiquent. Cette réaction était d'autant plus grande qu'on craignait que les médecins deviennent figure de bon objet pour les patients. Ceci pourrait amener les surveillants à devenir figure de mauvais objet et à être placés ainsi dans une situation dange-reuse, exposés à l'hostilité des patients.

REMÈDES

Comme remède à apporter à ce problème, nous avons pensé qu'il était d'abord très urgent de favoriser par tous les moyens la communication avec le personnel pour lui permettre de verbaliser son opposition dans une relation de support et de valorisation de notre part.

Nous croyons qu'il est également nécessaire d'améliorer le recrutement de notre personnel. Nous croyons essentiel de lui offrir une meilleure rémunération et de meilleures conditions de travail. Il apparaît fondamental de valoriser cette fonction de surveillant en donnant des séries de cours et en donnant une formation pratique *ad hoc*, un uniforme qui, permettant aux surveillants de se différencier davantage des patients, nous semble maintenant de plus en plus nécessaire. Enfin, il faudra favoriser les promotions et tout ce qui contribuera à rehausser le statut de personnel, tel que la participation aux discussions, la supervision plus étroite et la plus entière disponibilité à l'égard de leurs demandes.

Nous avons voulu dans cette communication poser le problème tel qu'il nous est apparu à la lumière de nos observations. Ceci constitue donc la première étape d'une étude que nous nous proposons de compléter dans une seconde communication spécifiquement en rapport avec les solutions à apporter à ce problème complexe et que notre expérience nous permettra, nous l'espérons, de mettre au point.

RÉSUMÉ

Au cours de la réorganisation d'un hôpital psychiatrique à sécurité maximale, nous nous sommes heurtés à une situation d'immobilisme au sein du personnel auxiliaire.

Nous avons tenté d'étudier ce phénomène à partir de ses origines historique, sociale, dynamique. Nous avons été frappés par le mécanisme d'identification du personnel aux patients. Nous avons appelé résistance passive, ce phénomène existant chez ce personnel et qui correspond à un désir de conserver le *statu quo* comme façon d'éviter toute situation anxiogène.

SUMMARY

In the course of the reorganization of a maximum security psychiatric hospital we have been confronted with a situation of stagnation within the auxiliary personnel.

We have attempted to study this phenomenon from the historical, social and dynamic points of view. We have been struck by the identification of the personnel to the patients.

We have called passive resistance, the phenomenon whereby this personnel makes every attempt to remain within the *status quo* in order to avoid any new situation which is anxiety provoking.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRAUSS, T. A., Psychiatric administration : A challenge in organization, *Mental Hospital*, (fév.) 1965.
2. BÉDARD, D., LAZURE, D., et ROBERTS, C., Rapport de la Commission d'études des hôpitaux psychiatriques, 1962.
3. DAVID, Y. F., Staff too can get institutionalized, *Mental Hospital*, (avril) 1965.
4. FREUD, A., The ego and mechanisms of defence, *International University Press*, 1946.
5. FREUD, S., Group psychology and the analysis of the ego, *Standard edition*, 18 : 1921.
6. FREUD, S., The ego and the id., *Standard edition*, 19 : 1923.
7. LAURIN, C., CORMIER, B., et PANNACIO, L., Projet d'hôpital psychiatrique à sécurité maximale (Projet soumis au Ministère de la santé de Québec).
8. MORGENSTERN, J. A., et UNGERLEIDER, L. T., The integration of a day care program into a general psychiatric hospital, *Congrès de l'American Psychiatric Association*, 1965.
9. WEIMER, R. E., Meeting the emotional needs of hospital employees, *Mental Hospital*, (sept.) 1964.
10. Workshop on the mentally disordered offender, *Council of State Governments*, 1313 East 60th Street, Chicago, Illinois, U. S. A.

APPROCHE PRÉLIMINAIRE À L'ÉTUDE DE LA POLARISATION CELLULAIRE : EXCITABILITÉ NEUROMUSCULAIRE ET QUELQUES FONCTIONS ORGANIQUES *

Jean-Yves GOSSELIN, M. D.,¹ et Georges SOBOLEWSKI, D. sc.²

INTRODUCTION

Si l'on passait en revue toutes les tentatives d'appliquer des méthodes biochimiques au problème de la santé mentale, on verrait une longue série d'échecs répétés. Ces échecs mettent en lumière essentiellement deux choses : en premier lieu, il semble que la plus grande déficience des travaux antérieurs était l'approche trop analytique, trop subdivisée. Lorsque l'on s'intéressait à un seul aspect de la complexité psychobiologique qu'est l'homme, on en venait à oublier les autres.

Par ailleurs, les efforts continus en dépit des résultats obtenus, traduisent une foi solide dans l'existence d'une réalité psychosomatique dont une face, celle que l'on voit, est celle des perturbations dans le psychisme et l'autre face, à découvrir, est celle des perturbations dans les mécanismes physicochimiques de l'organisme.

Partant de ces principes, nous avons décidé de baser nos études sur un nombre de données aussi larges que possible, soit de nature biochimique, physiologique, psychologique et sociologique. Ces données, placées dans le contexte clinique et intégrées dans une hypothèse globale permettraient une approche plus diversifiée et partant une thérapeutique améliorée de certains troubles psychiatriques.

* Travail présenté à l'occasion du premier congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

1. Assistant à la clinique psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.

2. Chef du laboratoire de biochimie à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Québec.

HYPOTHÈSE DE DÉPART

Nous postulons *a priori* qu'un certain nombre de syndromes psychiatriques, aigus en particulier, sont doublés d'un syndrome général d'adaptation au sens biologique du terme.

Le *stress* de la vie quotidienne, induit par des tensions sociales, matérielles, psychologiques ou autres, est un phénomène normal. Il entraîne des réactions organiques d'adaptation qui sont du domaine de la physiologie. Il s'agit d'une alternance entre les états d'alarme avec dépense d'énergie et dépolarisation électrolytique et des états de récupération avec activité métabolique intense et surpolarisation, conséquence de la dépolarisation précédente.

Aussi longtemps que l'influence du *stress* est en proportion de la capacité d'adaptation, un certain équilibre psychophysiologique peut être conservé. Si, par contre, l'intensité du *stress* dépasse la capacité d'homéostasie, on voit apparaître un état pathologique constitué d'une part, de troubles mentaux et, d'autre part, d'un état de dépolarisation ou surpolarisation métastable.

L'expression clinique de cet état sera une suractivité ou une asthénie nerveuse, dont il est difficile de sortir sans une aide extérieure. Il serait important de souligner ici les points suivants :

1° L'effondrement psychique est parallèle et intimement relié à un effondrement des fonctions métaboliques. Leurs interrelations sont telle-

ment intimes et inextricables, qu'il est impossible et vain de rechercher laquelle est la cause et laquelle est l'effet de l'autre. Le parallélisme implique que toute évolution (amélioration ou aggravation) de l'une des fonctions (organiques ou psychiques) entraîne une amélioration ou une aggravation de l'autre.

2° Les relations entre l'état biologique (surpolarisation ou dépolarisation) et les manifestations psychiques ne sont d'aucune manière directes. Ces relations englobent plusieurs facteurs tels que la personnalité, les habitudes, l'éducation, le milieu, etc., de sorte qu'il est impossible, en étudiant l'état psychique, de conclure quoi que ce soit sur l'état organique ou inversement. Cette vérité a été durement apprise par des équipes de chercheurs qui tentaient de décrire en termes de biochimie des entités psychiatriques telles que : la schizophrénie, la psychose maniaque-dépressive ou autres.

3° En étudiant les détails de telle ou autre fonction physiologique ou biochimique chez des individus normaux, on peut trouver des déviations d'une « normale » toute hypothétique, déviations analogues à celles que l'on peut trouver chez des malades mentaux. Ce fait doit être interprété avec précaution : biologiquement, l'effondrement du psychisme n'est pas équivalent à une anomalie biologique caractéristique ; au contraire, c'est un ensemble de perturbations qui constitue le fond du syndrome. Un métabolisme glucidique ou minéral perturbé, un seuil d'excitabilité nerveuse anormal ou un tracé électro-encéphalographique perturbé, n'est pas la maladie mentale. Cependant, plusieurs de ces facteurs réunis dans un contexte psychosocial *stressant* peuvent être le point de départ du mécanisme de la pathogénie.

4° Il reste bien entendu que ces mécanismes proposés ne sont pas à la base de toutes les entités psychiatriques, loin de là. Nous posons comme hypothèse qu'ils sont impliqués dans quelques-uns auxquels notre recherche voudrait s'intéresser.

BUT DU TRAVAIL

Les buts ultimes que nous nous proposons sont alors :

(10)

a) d'élaborer une batterie d'examen et d'épreuves qui permettraient la détermination de l'état de dépolarisation ou de surpolarisation, des équilibres métaboliques (glucidique, minéral ou des acides aminés) et hormonaux ; et de mettre à jour toute évolution d'un tel état indépendamment de l'apparition des premiers signes cliniques ;

b) de vérifier l'existence de tels déséquilibres, en appliquant ces épreuves et examens à un grand nombre de malades présentant des syndromes divers ;

c) d'élaborer des méthodes thérapeutiques qui viseraient à corriger les fonctions perturbées. Ce traitement pourrait non pas remplacer, mais bien compléter le traitement psychiatrique classique.

TRAVAIL EXPÉRIMENTAL

Nous avons débuté par l'élaboration d'épreuves susceptibles de nous donner des indications sur l'état de la polarisation cellulaire et de l'intégrité des voies métaboliques majeures. Nous avons étudié :

1° Les courbes d'excitabilité neuromusculaire (ENM) ;

2° L'équilibre ionique et en particulier les ions K^+ , Na^+ , Ca^{++} et Mg^{++} .

Nous avons fait quelques tentatives pour trouver des rapports d'interdépendance pouvant exister entre ces diverses fonctions chez des volontaires normaux, des volontaires normaux en état de *stress* et chez quelques malades.

PREMIÈRE PARTIE :

Etude des courbes d'excitabilité neuromusculaire chez des volontaires en bonne santé :

Les courbes d'ENM consistent en une série de seuil d'excitabilité du nerf sciatique poplité externe et du muscle jambier antérieur à des courants de durée différente, variant de 0,1 à 1 000 millisecondes à l'aide d'un stimulateur électronique. Nous avons déterminé un grand nombre (176) de ces courbes chez des volontaires en bonne

santé. Ceci nous a permis de constater les faits suivants :

a) La similitude des courbes nous a permis de délimiter des valeurs normales (figure 1, 2 et 3) pour des gens de trois groupes d'âge différent.

b) Les courbes tracées à partir des membres droit et gauche sont légèrement différentes (figure 4). Cependant on rencontre quelquefois des courbes différentes dont une peut être anormale. Dans quelques cas, nous avons pu retracer des antécédents de traumatisme local ou de troubles circulatoires. Il est cependant remarquable que cette dissymétrie accentuée est de règle générale chez des diabétiques.

c) Les courbes d'ENM diffèrent d'un jour à l'autre chez un individu donné. Cependant, les oscillations sont généralement faibles (figure 5).

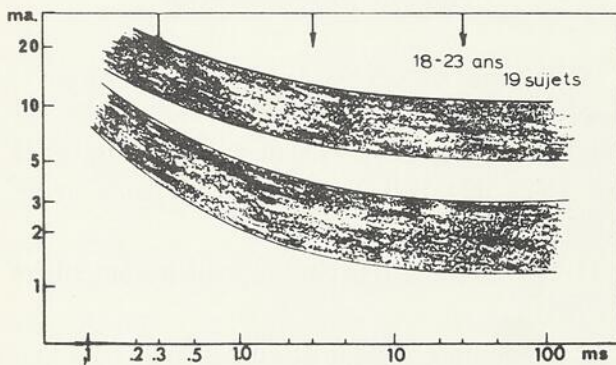


Figure 1. — Courbes d'excitabilité neuromusculaire mesurée chez 19 sujets âgés de 18 à 23 ans.

Nous n'avons pas trouvé de variations bien définies chez la femme en rapport avec le cycle menstruel ; quelquefois, nous avons été en face de perturbations assez importantes mais de courte durée. Elles peuvent correspondre à des états de courbatures ou de malaises subjectifs fugaces et mal définis ; dans certains cas aucune explication n'a pu être trouvée (figures 5, 6 et 7). Ceci oblige à la prudence et à des essais répétés avant conclure à une anomalie dans les courbes d'ENM.

d) On rencontre chez un certain nombre de volontaire en bonne santé apparente des courbes bien en dehors de la région normale. L'exploration de ces gens est en cours et nous n'avons pas encore d'explication satisfaisante de ce phénomène.

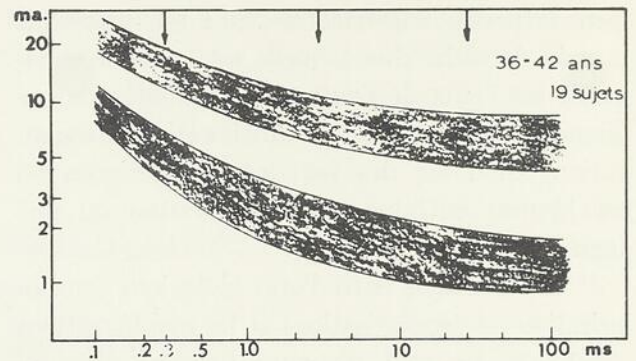


Figure 2. — Courbes d'excitabilité neuromusculaire mesurée chez 19 sujets âgés de 36 à 42 ans.

e) Une série de courbes chez des étudiants soumis à un *stress* psychologique (examens universitaires) montre que le *stress*, dont l'intensité est dans l'ensemble bien dans des limites de compensation des individus, entraîne une hyperexcitabilité nerveuse minime. Elle n'est visible qu'en analyse minutieuse de plusieurs courbes.

f) Les courbes d'excitabilité déterminées chez un certain nombre de malades mentaux présentent une grande diversité de résultats. Prises isolément, ces courbes n'offrent pas d'interprétation univoque. Cependant, intégrées avec les observations cliniques et les autres analyses, elles offrent des indices très intéressants comme nous le verrons plus loin.

DEUXIÈME PARTIE :

Etude du métabolisme électrolytique :

Nous nous sommes, d'abord, arrêtés à l'étude des variations dans l'excrétion du sodium et du potassium, comme substances le plus directement

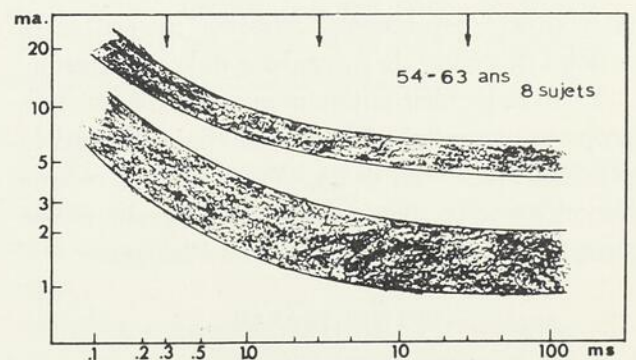


Figure 3. — Courbes d'excitabilité neuromusculaire mesurée chez 8 sujets âgés de 54 à 63 ans.

impliquées dans l'activité nerveuse. Ces implications sont multiples : a) l'activité nerveuse implique des déplacements d'ions entre le milieu intracellulaire et extracellulaire ; b) elle est en même temps conditionnée par les rapports entre les concentrations extracellulaires et intracellulaires dans l'organisme au repos.

Comme les concentrations intracellulaires ne sont pas accessibles à l'analyse, nous avons cherché dans les excréctions urinaires de ces ions un reflet

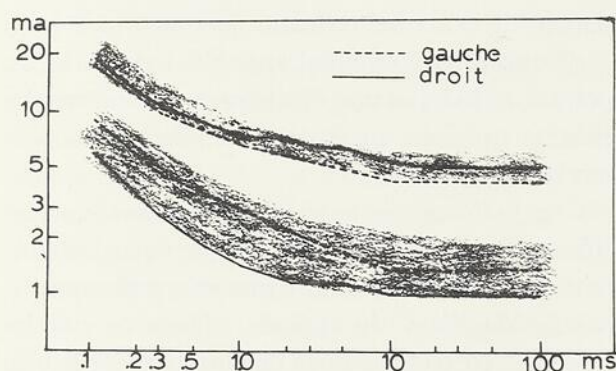


Figure 4. — Courbes d'excitabilité neuromusculaire. Le trait continu représente le côté droit et le trait discontinu, le côté gauche.

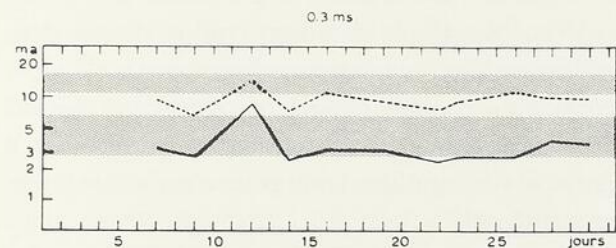


Figure 5. — Variations quotidiennes de l'excitabilité neuromusculaire à 0,3 milliseconde.

des déplacements entre les cellules et le liquide extracellulaire. Cet approche a déjà été utilisé par plusieurs chercheurs (1, 2 et 3). Nous avons gardé comme indice le plus valable le taux horaire de l'excrétion nocturne du Na^+ , du K^+ et le rapport des deux. Une étude faite chez 50 individus volontaires en bonne santé apparente (110 dosages environ) nous a permis de fixer les normes d'excrétion qui sont les suivantes :

1. Les limites des excréctions normales sont :

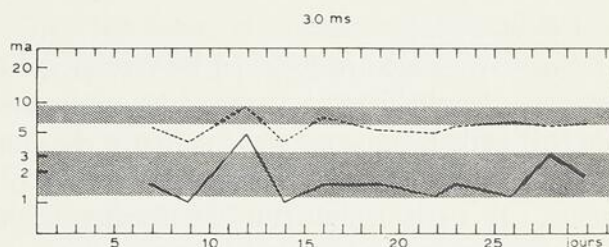


Figure 6. — Variations quotidiennes de l'excitabilité neuromusculaire à 3,0 millisecondes.

a) l'excrétion horaire nocturne du Na^+ est de 0,7 à 5,5 mEq/h ; en pratique nous reconnaissons cependant la région de 5,5 à 6,7 mEq/h comme une région suspecte ;

b) l'excrétion horaire nocturne du K^+ est de 0,5 à 1,5 mEq/h avec des régions suspectes de 0,3 à 0,5 et de 1,5 à 1,8 mEq/h ;

c) le rapport Na^+/K^+ est de 2 à 6 ;

2. Ces taux dépendent dans une certaine mesure du régime alimentaire. Cependant, cette influence est faible et tant que le régime n'est pas déséquilibré à l'extrême cet indice conserve son utilité ;

3. Il existe des individus en bonne santé apparente chez lesquelles ces taux s'écartent considérablement de la région normale. Ces mêmes individus ont pour la plupart des courbes d'ENM anormales ;

4. Ces mêmes analyses effectuées chez quelques malades mentaux montrent encore des résultats très variés. Des études très systématiques n'ont pas été effectuées. Cependant, certaines observations isolées nous ont amenés à penser que l'intérêt principal de ces données n'est pas tant dans leurs interprétations statiques que dans la possibilité de suivre l'évolution de l'état du malade. Dans la partie suivante, nous exposons leur application pratique.

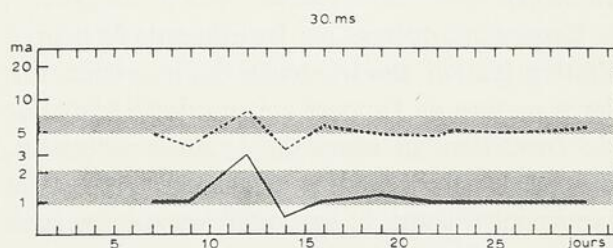


Figure 7. — Variations quotidiennes de l'excitabilité neuromusculaire à 30,0 millisecondes.

Discussion :

Nous avons montré jusqu'ici les résultats des mesures d'excitabilité et les excrétions urinaires du Na^+ et du K^+ que nous avons trouvé chez un certain nombre de sujets, principalement en bonne santé. Il s'agit maintenant de discuter quels renseignements ces résultats peuvent nous fournir en ce qui concerne le niveau de polarisation et son évolution. Les équipes de chercheurs qui utilisent cette voie d'approche depuis plusieurs années déjà interprètent ces données (ENM) avec beaucoup de détails (tels qu'insuffisance du Mg^{++} , Ca^{++} ou K^+) et avec une grande assurance (1, 2, 3, 4 et 5). Plusieurs de leurs propositions nous paraissent cependant assez peu évidentes, de sorte que sans les contredire, nous ne retenons que les interprétations suivantes :

1. Les courbes d'excitabilité extériorisent l'intensité du métabolisme cellulaire dans l'ensemble de l'organisme. Une hyperexcitabilité traduit un état d'activité métabolique intense, alors que l'hypoexcitabilité exprime un ralentissement métabolique. Il est à retenir cependant qu'un métabolisme intense existe dans deux situations opposées, une dépolarisation relative où la cellule lutte pour arriver à son degré de polarisation normale et une surpolarisation, résultat de cette suractivité métabolique, emballée et mal contrôlée. Un état d'hypoexcitabilité résulte, dans la même optique ou bien d'un état de dépolarisation profonde avec épuisement métabolique, ou bien d'un état de surpolarisation aiguë et stable. Nous ajoutons ici que, dans toute interprétation, il faut garder à l'esprit la possibilité de perturbations locales.

2. L'examen des excrétions urinaires en ions Na^+ et K^+ a été largement utilisé par Coirault (2).

Cependant, opérant sur les urines de 24 heures, l'interprétation devait tenir compte dans une large mesure de l'apport alimentaire. L'analyse de l'excrétion au cours du sommeil seulement, qui est une contribution personnelle, nous met largement à l'abri de ces variables, comme aussi des mouvements des électrolytes résultant de l'activité volontaire (musculaire et nerveuse).

Cependant, à ces différences près, le principe d'interprétation reste le même :

a) l'excrétion élevée du potassium alors que l'excrétion de sodium reste faible indique une évolution vers l'abaissement du potentiel cellulaire ;

b) l'excrétion élevée du potassium et du sodium est interprétée comme un signe d'activité métabolique (et nerveuse) très intense mais compensée dans son ensemble ;

c) une rétention du potassium avec une excrétion du sodium indique une évolution avec accroissement du potentiel cellulaire ;

d) une rétention simultanée du sodium et du potassium indique une évolution vers une repolarisation qui suit un état de dépolarisation profonde.

Ces indications, aussi fragmentaires qu'elles soient, placées dans un contexte clinique, permettent quelquefois de se faire une idée suffisamment précise de l'état du malade. Dans ce cas les thérapies correctives nous ont apporté des succès confirmant la justesse de nos spéculations.

TROISIÈME PARTIE :

Impressions cliniques :

Etant donnée la non-consécration de nos données premières, bon nombre de nos essais cliniques considérés comme réussis ou manqués, doivent être gardés en liste pour le moment, de façon à pouvoir systématiser des normes à caractère précis et significatif.

Nous avons tout simplement voulu rapporter un cas, d'évolution récente, chez un sujet jeune, où le *stress* intense a produit un état de décompensation aiguë très importante, mais aussi, réversible et récupérable. Le début fut tellement subit et récent qu'aucun mécanisme d'adaptation, d'apprentissage ou de désorganisation tendant à la chronicité n'a pu être mis en fonction, le traitement ayant été institué très précocement.

Cette patiente fut admise à l'hôpital Saint-Michel-Archange le 23 octobre 1963 en état de mutisme et de négativisme, pour un syndrome dépressif, paranoïde et confusionnel qui avait débuté trois jours plus tôt.

Agée de 22 ans, elle travaillait comme secrétaire depuis l'âge de 18 ans. Elle donnait un bon rendement à son travail. Sur le plan social, elle était plutôt timide et peu expansive. Elle était fréquentée par un garçon depuis un an et demi. Trois semaines auparavant, ils s'étaient laissés pour un mois car cet ami lui paraissait trop volage. Dans l'intervalle, elle était devenue tendue, irritable, jongleuse, triste, mais elle réussissait quand même à s'adapter à cette séparation lorsque, bien fortuitement, elle aperçut devant elle son ami le visage ensanglanté, qui venait de subir un accident d'automobile.

Subitement sidérée, elle allait d'attitudes négativistes aux thèmes paranoïdes, se croyant victime de vol, imaginant qu'on enrégistrait sa voix au téléphone et que tout ceci pousserait les siens dans la grande pauvreté. Totalement insomniaque, elle tenait des propos absurdes, entendait le bruit de la voiture sport de son ami, pleurait, faisait le désordre dans sa chambre et négligeait son hygiène personnelle.

Admise dans un état voisin de la stupeur, elle n'arrivait plus à contenir un drame angoissant au possible et présentait en plus une certaine instabilité motrice associée à de la confusion. L'entrevue première fut quasi impossible car la patiente versait dans le mutisme craignant que ses paroles fussent enrégistrées.

On l'a soumise, dès son arrivée, aux examens et aux soins de routine, elle reçut un électrochoc deux jours plus tard. En plus d'une rétention vésicale, d'une atonie intestinale, elle présentait de l'anorexie et des vomissements bilieux abondants avec atteinte de l'état général au point que l'on décida de son transfert dans le Service de médecine le 27 octobre.

On installa dès lors un siphon gastrique et quatre jours plus tard, soit le 31 octobre, il s'écoulait encore un liquide verdâtre d'odeur fécaloïde. La fièvre, l'agitation et l'incohérence verbale progressaient malgré la médication usuelle. L'état général s'affaissait grandement, une spasticité importante, des tremblements et attitudes quasi catatoniques s'ajoutaient au tableau. Son poids était passé de 100 livres à 80 livres.

Le 8 novembre, la patiente semblait de plus en plus déshydratée, elle était devenue quasi inconsciente avec des pupilles largement dilatées qui ne réagissaient presque plus à la lumière. Un transit digestif n'avait pu être fait en raison du trop mauvais état général.

Le neurologue, demandé en consultation, ne pouvait lui aussi relever de cause organique pouvant s'identifier à une maladie précise, il nous proposa donc de mettre à essai notre projet et d'évaluer chez cette patiente, l'état de polarisation cellulaire.

Une première courbe (figure 8) montre un état d'hypoexcitabilité du nerf et du muscle. Alors que les électrolytes sanguins étaient normaux, les pertes électrolytiques urinaires surtout celle du

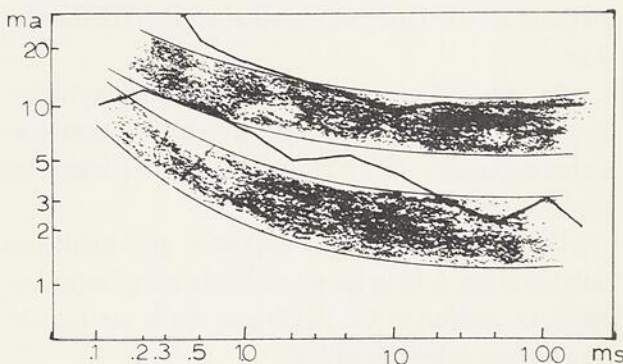


Figure 8. — État d'hypo-excitabilité du nerf et du muscle chez une patiente de 22 ans.

K^+ étaient très importantes en regard d'un apport presque nul, compte tenu du tableau clinique périlicant. Nous avons conclu à un état de dépolarisation profonde qui se creusait de plus en plus.

Après trois jours de médication repolarisante, l'allure des courbes versait dans l'hyperexcitabilité témoignant d'une reprise métabolique (figure 9). Le 14 novembre, il y eut retour de la fonction intestinale qui était suspendue depuis plus de deux semaines.

Des poussées d'agitation firent bientôt leur apparition, nécessitant l'emploi de neuroleptiques. La température s'abaissait progressivement vers son niveau normal. L'allure des courbes reflétait, d'assez près, l'amélioration clinique, la normo-

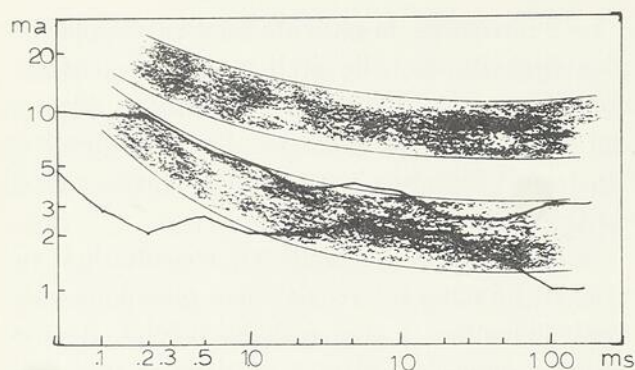


Figure 9. — État d'hyperexcitabilité du nerf et du muscle après trois jours de médication repolarisante chez la même patiente (figure 8).

excitabilité (figure 10). L'état psychique montrait une amélioration parallèle à la condition physique ; la patiente reprenait progressivement contact avec son entourage tout en gardant une attitude de méfiance et certains traits d'obnubilation.

Afin de hâter le processus de récupération, comme l'état de la patiente permettait à nouveau de les supporter, elle a reçu trois électroplexies les 18, 19 et 20 novembre.

Elle pouvait, dès lors, apporter une meilleure collaboration à la prise de sa médication repolarisante et anxiolytique de même qu'à un apport alimentaire mieux équilibré.

Le 25 novembre, comme la récupération clinique nous paraissait suffisamment bien évoluée et que la patiente devenait apte à bénéficier des autres formes de thérapies, nous l'avons libérée de nos soins.

Le 21 décembre, l'état de la patiente était très amélioré, elle quittait l'hôpital avec une médication sédatrice qu'elle cessa quelques semaines plus tard ; car, dès le mois de janvier suivant elle retrouva son emploi antérieur.

Des informations récentes nous signalent que l'amélioration a persisté et qu'aucune trace de cette réaction ne peut être perçue.

CONCLUSIONS

L'exposé forcément très bref des résultats dans cette première phase de notre étude peut donner l'impression que toute cette théorie est peu utile.

D'une part l'existence de perturbations dans le degré de la polarisation cellulaire ne semble pas être démontré, d'autre part les corrélations entre l'état de la maladie, l'anomalie de polarisation cellulaire, les courbes d'ENM et les analyses semblent bien aléatoires.

Ce manque de précision résulte principalement de l'insuffisance de nos connaissances des divers mécanismes d'ajustement métabolique en face du *stress*. Prenons comme exemple le métabolisme du glucose, il n'existe pas de limites uniformément acceptées pour la vitesse normale de la disparition d'une surcharge de glucose : le plus récents travaux sont en contradiction. Il n'existe pas non plus d'épreuve normalisée pour décrire les modifications de ce métabolisme lors d'un état de *stress*, bien que quelques procédures aient été proposées. La même situation prévaut pour les acides aminés, les lipides, etc.

Nous espérons cependant qu'à mesure que d'autres épreuves viendront s'ajouter à celles qui sont exposées ici, l'image que nous nous faisons de tous ces mécanismes se précisera de plus en plus. Bien que ces thérapies soient appliquées en France depuis plusieurs années déjà, nous ne les tentons encore que dans les cas les plus évidents et les plus urgents. Cependant, c'est des résultats de ces thérapies que dépendent et le progrès et la consécration de ce mode d'approche.

La dernière conclusion que nous pouvons tirer, à ce premier relai de notre travail, c'est qu'il nous permet de penser, d'imaginer, peut-être de nous tromper, mais certainement de souscrire à une réa-



Figure 10. — État d'excitabilité normale après quelques jours de traitement.

lité souvent bien complexe qui pousse notre curiosité à continuer à vouloir trouver.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAMPAGNOLLE, A., Approche métabolique en pathologie mentale, *Thèse de docteur en médecine*, Université de Lyon, 1962.
2. COIRAULT, R., Agression et réanimation en neuropsychiatrie, *Masson et Cie*, Paris, 1960.
3. COIRAULT, R., et JEANNETON, C., Épilepsie en métabolisme cellulaire, *Librairie Maloine, S. A.*, Paris, 1959.
4. LABORIT, H., et LABORIT, G., Excitabilité neuromusculaire, *Masson et Cie*, Paris, 1955.
5. PARADIS, B., *Thèse d'agrégation*, Faculté de médecine, Laval, 1964.

PLACEBO AND COMMON SENSE IN CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY*

M. STRAKER, M.D., F.A.P.A.†

Wortis (18) has recently reviewed and summarized the literature after ten years of tranquillizer use and the disenchantment is clearly outlined. Psychiatrists are prescribing tranquillizer drugs very frequently. This is revealed by a survey of patients who have come to a hospital psychiatric emergency Service. Of those who had already been examined by a psychiatrist, two-thirds were taking drugs (11). More and more papers are appearing on the side effects, dangers and limitations of drug usage. *The Canadian Medical Association Journal*, issue of January 23/65 (Vol. 92, No. 4), contains 13 reports and articles, of which 5 are concerned with the toxic effects of drugs. Chlorpromazine does appear to relieve a number of specific symptoms in schizophrenic patients (4 and 19), but in ambulatory cases, sooner or later, the hospitalization rate matches that of patients on placebos (5, 9 and 12). Long drug usage (phenothiazines) can induce a general decrement of function in vision, audition, perceptual motor performance and kinesthesia (8), can produce pigmentary changes in the skin, cornea and lens (6), (chlorpromazine) may result in leucopenia or agranulocytosis (1). Chlorpromazine may be somewhat diabetogenic (2), and can produce oral moniliasis (10). Parnate, associated with the ingestion of cheese, alcohol, MAO inhibitors or amphetamines can induce hypertensive crises, sometimes fatal (20). The drugs in common use for the treatment of depressive symptoms include imipramine (Tofranil), despiramine (Pertrofane),

amitryptiline (Elavil), diazepam (Valium), chlor-diazepoxide (Librium), tranlycypromine (Parnate), opipranol (Insidon), protyptiline (MK-240), MP-809, a tryptamine derivative, Nardil, Ritalin, Deprol, etc. The profusion of pharmacological agents clearly indicates that the ideal drug is not yet at hand. Clinical drug studies generally report good results in simple mild depressions in young people, while the response to these agents is disappointing when the depressive reaction is complicated by chronicity, age, or various other factors (7 and 17).

The recent psychopharmacological enthusiasm has paradoxically again brought to the forefront the importance of the placebo effect, and the conclusion has emerged that psychiatric drugs produce effects in the prescribing physician as well as within the patient. The double blind model applied to clinical drug research has become necessary to reduce the distortions in the observations made by the enthusiastic investigator. However, there are limitations in this conceptual model. It is not possible to completely eliminate the placebo effect in either patient or physician under any circumstances, and one may seriously question, whether the pursuit of scientific objectivity truly reduces distortions to any great extent. From a practical standpoint, the first objective in psychiatric treatment aims at the reduction of troublesome symptoms and the relief of intense suffering by whatever means. If this can be achieved, the increasing involvement and the development in the patient — physician relationship then allows for new explorations and the testing of new tactical approaches to problem

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21 and 22, 1965.

† Assistant Professor of Psychiatry, McGill University, assistant Psychiatrist, Montréal General Hospital.

solving in the therapeutic activities of psychotherapy.

The placebo effect is a potent force in all medical transactions, not being restricted to the psychiatric relationship. The origins of placebo develop from three roots at least (18). Placebo effects reflect the hopeful expectations of the patient that he will benefit from the interested activity of the omnipotent physician (11). The self concept, the personal image of the physician to himself as a healer and his enthusiasm to relieve suffering and to battle against the « forces of disease » provide the collusion between the two which reinforces the placebo effect. Where the doctor's enthusiasm is feeble, one speaks of negative countertransference effects delaying progress in the therapeutic transactions. This writer has already pointed out in a number of writings that the degree and quality of the physician's participation is literally a matter of living or dying for many psychiatric patients (13 and 14). Under special conditions, the patient-physician relationship develops with grave distortions which lead to a variety of clinical disturbances. For example, hospital outpatient care is often diluted by rapid changes of interne and resident staff rotating through the outdoor department. Limited clinical experience is an additional factor, and the interne often feels uncertainty and indecision in meeting clinical management problems. Such factors produce a fragmented and confused relationship between patient and physician, so that neither can become helpfully involved with the other. The consequences of such problems include a clinic dropout rate which has reached 40% in some institutions, and a shift on the part of the patient's allegiance from the person of the doctor to the hospital institution itself. It fosters dependency on the hospital and encourages the displacement of magical values to the pill as the symbol of the physician's love and healing powers. Patients in the outdoor service do have a strong emotional need to receive medication as a symbolic fulfillment, as anyone with clinical experience in this area of activity can testify. Cristol (3) has re-

ported that the young resident who does not prescribe medication because of psychoanalytic orthodoxy on this question, will often lose his patient as a clinic dropout. It should be re-emphasized that in outpatient care, there is a special importance assigned to the pill as a concrete gesture of the recognition of the patient's needs. This is true in the first stages of therapy, although later it may be dispensed with (19). The particular pharmacological « profile » of the specific drug may also contribute placebo effects. Drying of the mouth, motor inhibition or facilitation, primary effects or side effects are interpreted in dissimilar ways by different patients receiving the same medication. In one patient, such drug effects may produce panic, increased passivity or dependency, whereas in another patient the same effects may be interpreted as evidence of the power and presence of the drug and be thereby immediately reassuring.

The psychiatric outpatient clinic services at the Montreal General Hospital involved the care of 1 374 patients during 1963, of which 822 were new patients. These figures do not include our emergency casualty services which cater to an equal number of patients. In addition to patient care at the university teaching hospital, conflicting and competing interests related to teaching, training, and research reduce the amount of time and energy available for clinical therapeutic activities. The demands on our outpatient psychiatric facilities had rapidly expanded so that a condition of chronic congestive failure had developed. A review of our outdoor activities revealed serious deficiencies of service. Defects included hurried psychiatric interviews, incomplete diagnostic assessments, a failure to clarify basic issues, and therefore the absence of sensible therapeutic planning for the individual patient. The most consistent therapeutic activity had become restricted to symptomatic medication. The main « target » symptoms were being noted, and « broad spectrum » drugs were prescribed in the hope of alleviating symptoms. This limited kind of psychiatric activity does not develop skills or techniques beyond those which can be obtained

by reading pharmaceutical promotional literature. In addition, this narrow and limited approach, represented by the over-reliance on « tranquilizer » drugs is doomed to clinical failure. A recent review of our own clinic population (15) indicated that of 68 elderly outpatients for whom drugs were the major therapy, only six showed unequivocal improvement.

There are three important issues to which attention is now drawn. Firstly, an over-reliance upon the specific therapeutic effects of psychiatric drugs appears to represent a naive and magical belief in « instant psychiatry, » which cannot be supported by examining clinical results. Second, « shotgun » drug usage is particularly disadvantageous to both patient and psychiatrist when it replaces a sound clinical evaluation which can become the basis of a helpful psychotherapy or permit rational choices to be made amongst other therapeutic resources. Third and most neglected by the prescribing physician, is the cost of the medication prescribed. Here commonsense considerations are long overdue. Cost may be or may not be important to the office patient, but is obviously important to hospital budgets in a clinic setup which totals more than 7 000 psychiatric patient visits per annum.

We have recently completed a study from our clinic (16) on chronic patients who have made 50 or more visits to the psychiatric outpatient department. This study describes 65 patients, and the chart review reveals that an average of nine psychiatric drugs were prescribed per patient. The choice of the particular drug prescribed has usually reflected current drug fashion and followed fashion changes. Drugs were too often prescribed on a long term basis without much rationale, and as a substitute for the effective involvement of the resident in the problem of the patient.

We have re-organized our psychiatric clinic in various dimensions, including time, responsibility, organization and function and this has led to a number of useful changes. Each new patient now receives an initial assessment which includes three 45-minute interviews and this assessment is

not complete before presentation to an Attending Staff or to the daily clinic conference. The objectives of this assessment are to establish a working clinical diagnosis, to clarify at least basic psychopathological issues, to get some impressions of the development of the illness from its beginnings and to note initial transference and counter-transference phenomena. Based on better diagnostic appraisals, we now select patients who could respond to brief psychotherapy which is based on ten to twelve sessions of half-hour interviews with the same therapist. Such a program has indeed shown good results. During 1963, 86 patients were able to be medically discharged from clinic care after short term treatment had resulted in improvement. This technique is especially useful to deal with minor depressions, grief reactions and such. Brief psychotherapy is now utilized with greater skill and frequency, so that we are actually discharging 20 to 30 clinic patients per month at this time, and the number of clinic referrals for inpatient services has fallen. This contrasts with the earlier period of overreliance on drugs when medically approved discharges were rare. Improved patient selection actually allows all the psychiatric therapies to have the optimal climate for their application. With reference to the use of psychiatric drugs, the resident staff is encouraged to think clearly in terms of the specific indications, side effects, and clinical expectations related to any particular psychiatric drug they select. There is no restriction on their drug choice, other than dictated by safety and obvious factors of this order. However, once an effective dose has been utilized and a reasonable trial period of time has elapsed, they are encouraged to terminate the use of expensive drugs if the effect achieved is estimated to be merely a clinical placebo response. In that event, and if a pill is still required to meet the unconscious needs of the patient, an inexpensive medication is substituted. This results in a sharp saving of hospital dollars, and also encourages the resident to look to the physician-patient transactions as the potentially greatest healing vehicle.

Table I compares the retail cost of commonly prescribed drugs in the Montréal area.

TABLE I
Retail cost of drugs

TRADE NAME	DOSAGE	No.	RETAIL COST
Deprol.....		100	\$10.00
Elavil.....	25 mg	100	12.50
Etrafon D.....		100	14.00
Etrafon F.....		100	17.00
Meprobamate.....	400 mg	100	8.50
Parnate.....	10 mg	100	8.50
Stelazine 1 mg.....	1 mg	100	9.50
Stelazine 5 mg.....	5 mg	100	17.60
Largactil.....	25 mg	100	9.00
Librium.....	25 mg	100	18.50
Mellaril.....	25 mg	100	10.00
Noginan.....	25 mg	100	14.50
Tofranil.....	25 mg	100	12.60
Valium.....	5 mg	100	13.25
Sodium Amytal.....	1 grain	100	2.75
Phenobarbital.....	1/2 grain	100	1.60

SUMMARY

A review of our clinical practices in the general hospital outpatient psychiatric service supports the view that psychiatrists abuse the use of new and expensive psychiatric drugs, as do their non-psychiatric colleagues. The tendency does exist to prescribe the new agents in an attempt to relieve and reduce target symptoms and too often this is done at the expense of a sound clinical evaluation which is the basis of an effective psychotherapy. Attention is drawn again to placebo effects, their value in therapy and the fact that such effects can also be obtained by the use of inexpensive drugs. The use of tranquilizers and psychotropic agents should be restricted to a definite trial period unless they prove specifically beneficial in a given patient. Substitution by inexpensive drugs is often warranted therapeutically, and will result in a sharp saving of hospital dollars. This encourages a shift of emphasis from the drug back to the doctor and reasserts the value of efforts to clarify and resolve the patient's life problems. It is urged that good medical judgment and commonsense are essential in the successful use of psychopharmacological drugs.

RÉSUMÉ

Un examen des méthodes cliniques employées dans le Service externe de psychiatrie de l'Hôpital Général corrobore l'opinion suivante : les psychiatres, à l'instar de leurs collègues non-psychiatres, abusent des nouvelles drogues psychiatriques à coût élevé. Une forte tendance existe, sans contredit, à prescrire les nouveaux médicaments dans le but de soulager et de réduire les symptômes apparents. Trop souvent cette pratique s'emploie au détriment d'une solide évaluation clinique qui serait la base d'une psychothérapie efficace. L'attention du lecteur est attirée encore une fois sur l'effet placebo, sa valeur en thérapie et le fait qu'un tel effet peut aussi être obtenu par l'usage de drogues moins dispendieuses.

L'usage des tranquillisants et des agents psychotropes devrait être réservé à une période d'essai limitée à moins que la preuve soit faite d'une amélioration spécifique pour un patient donné. Leur substitution par des drogues moins dispendieuses est souvent indiquée au point de vue thérapeutique, et entraîne une réduction marquée des dépenses de l'hôpital.

Une telle pratique provoque un changement bénéfique. L'emphase est reportée sur le médecin ; ainsi se trouve réaffirmée la valeur des efforts entrepris pour clarifier et résoudre les problèmes dont souffre le patient dans la vie. Il faut insister sur le fait qu'un bon jugement médical et du sens commun sont essentiels pour que l'utilisation des drogues psychopharmacologiques soit un succès.

REFERENCES

1. ANGLEJAN, G. d', *Nouv. Rev. franç. Hémat.*, 4 : 291, 1964.
2. ARNESON, G. A., *J. Neuropsychiat.*, 5 : 181, 1964.
3. CRISTOL, A., *Pennsylvania Psychiat. Quart.*, 3 : 32, 1963.
4. DIMASCIO, A., et al., *J. Nerv. Ment. Dis.*, 136 : 168, 1963.
5. ENGELHARDT, D. M., et al., *J. A. M. A.*, 186 : 981, 1963.
6. GRENIER, A.-C., and BERRY, K., *Can. Med. Ass. J.*, 90 : 663, 1964.
7. ILLBERG, P., *Am. J. Psychiat.*, 120 : 810, 1964.
8. LLOYD, D. N., and NEWBROUGH, J. R., *J. Nerv. Ment. Dis.*, 139 : 169, 1964.
9. PETERSON, D. B., and OLSON, G. W., *Arch. Gen. Psychiat.*, 11 : 137, 1964.
10. RAGHEB, M., *Geriatrics*, 18 : 627, 1963.

11. SATLOFF, A., *Am. J. Psychiat.*, **121** : 382, 1964.
12. SCHNORE, M. M., *et al.*, *Can. Psych. Ass. J.*, **9** : 43, 1964.
13. STRAKER, M., Problems in management of aged psychiatric outpatients, *Am. Geriat. Soc. J.*, **12** : 5, 1964.
14. STRAKER, M., Closed mind in psychiatry, *Psychiatry Digest*, (Feb.) 1965.
15. STRAKER, M., *J. A. Geriatrics Soc.*, **12** : 473-483, 1964.
16. STRAKER, M., and DAVANLOO, H., Chronic psychiatric outpatient in a general hospital setting, Canadian Psychiatric Association Meeting in Halifax, June, 1965.
17. STRAKER, M., and ROTH, E., *Can. Med. Ass. J.*, **82** : 362, 1960.
18. WORTIS, J., Psychopharmacology and physiological treatment, *Am. J. Psychiat.*, **121** : 648-652, 1965.
19. Psychopharm. Serv. Cen. N. I. M. H., *Arch. Gen. Psychiat.*, **10** : 246, 1964.
20. *Lancet*, I. : 540, 1964.

CON
ET L

Il fut
tion.
récomp
individ
par leu
faisaien
proveri
qui me
Quel
observe
en qua
person
sur hu
Déjà
interne
semble
comme
tées su
psychi
que le
à tel à
gueur
réperc
âgées e
de cet
Les
de mon
intérêt
devins
State A
psycho
ailleurs

* Tra
canton d
22 mai

CONSIDÉRATIONS SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA PSYCHOTHÉRAPIE DES PERSONNES ÂGÉES *

Guy DA SILVA, M.D.,
Institut Albert-Prévost, Montréal.

Il fut une époque où vieillir était une bénédiction. La vieillesse était regardée comme une récompense accordée à de rares et privilégiés individus qui s'étaient mérités de longues années par leur vie exemplaire et vertueuse. Les Grecs faisaient exception cependant et ils avaient un proverbe qui disait que « les Dieux aiment ceux qui meurent jeunes ».

Quel que soient les opinions, il reste qu'on observe actuellement une augmentation rapide en quantité et en proportion de la population des personnes âgées. Aux États Unis, une personne sur huit est âgée de plus de 60 ans (14).

Déjà, une partie importante de la médecine interne est une médecine gériatrique. Il me semble à propos que dans les cadres d'un congrès comme celui-ci quelques réflexions soient présentées sur les aspects gérontologiques de la pratique psychiatrique d'autant plus qu'on peut anticiper que le prolongement de la vie, les retraites forcées à tel âge, l'accent culturel sur la jeunesse, la vigueur physique et les loisirs pourront avoir des répercussions sur la santé mentale des personnes âgées et intensifier le besoin d'aide psychiatrique de cette partie de la population.

Les réflexions que je vais présenter sont le fruit de mon intérêt dans la psychiatrie gérontologique, intérêt suscité, il y a quelques années, quand je devins chef du Service de gériatrie du *Boston State Hospital* et intérêt continué depuis dans la psychothérapie de patients âgés. J'ai présenté ailleurs un rapport extensif de la thérapie de l'un

de ces patients, un vieillard de 81 ans, traité pendant trois années (4).

Le Service de gériatrie du *Boston State Hospital*, un hôpital mental universitaire, admettait chaque année environ 500 patients âgés de plus de 60 ans. Une équipe subventionnée par le *National Institute of Mental Health* y poursuivait à l'époque, sous la direction du docteur David Blau, un projet de recherche sur les causes d'admissions de patients gériatriques dans un tel hôpital (3). J'utiliserai aussi les observations de cette équipe dans mon exposé et je dois mentionner qu'il s'agit de ma part simplement d'impressions cliniques sans aucune étude systématique ou contrôle ; à force de répétition, cependant, ces impressions emportaient finalement notre conviction même en l'absence de recherche contrôlée. Environ 20 pour cent de nos patients souffraient de réaction névrotique ; 40 pour cent environ étaient des organiques, 20 pour cent des déprimés psychotiques, 15 pour cent des schizophrènes, surtout paranoïdes et 5 pour cent des maniaco-dépressifs.

Il est important de noter que les facteurs précipitant l'admission apparaissent indifférents à la catégorie diagnostique et notre impression est qu'on peut retrouver ces facteurs opérant à des degrés divers chez toutes les personnes âgées.

Certaines préoccupations nous ont paru communes et étaient mentionnées avec une grande fréquence tels les sentiments d'impuissance physique, de faiblesse grandissante, de vigueur sexuelle et intellectuelle amoindrie, préoccupations autour de la perte d'objets très hautement catectés, surtout le travail, l'argent, la maison, une partie

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

du corps malade ou enlevée après chirurgie ainsi que la perte de personnes significatives pour ces patients. Toutes ces préoccupations pourraient se ramener au thème central de « vieillir, c'est perdre ».

Problèmes sexuels :

Karl Abraham (1) qui fut le premier à investiguer et traiter des patients âgés (en fait il s'agissait plutôt de gens dans la cinquantaine) exprima l'impression que « le pronostic était plus favorable si le patient avait eu, durant au moins plusieurs années, un comportement sexuel approchant de la normale ». On peut voir le vieillissement, il me semble, simplement comme un autre *stress* qui vient compromettre l'équilibre d'un individu, équilibre qui, toute la vie d'ailleurs, est sans cesse compromis ; dans cette perspective il nous devient possible de faire un pronostic approximatif et de nous attendre à ce qu'un individu qui a su maîtriser de façon satisfaisante les *stress* qui l'ont confronté dans sa vie antérieure puisse également bien se tirer d'affaire face à cette nouvelle menace à son équilibre. Il va sans dire qu'un individu dont l'organisation maturationnelle s'est faite sur un mode pré-génital ou bien continuera d'éprouver les difficultés antérieures ou bien ces difficultés qui étaient plus ou moins cachées deviendront maintenant manifestes au moment de son vieillissement. Nous devons nous souvenir que le vieillissement atteint de façon particulière deux fonctions extrêmement importantes dans le maintien de notre équilibre narcissique : les fonctions des organes génitaux et du cerveau.

En général, les hommes exprimaient beaucoup d'inquiétude relativement à leur force physique et leur habileté sexuelle. Plusieurs étaient convaincus que leurs femmes étaient infidèles même si celles-ci pouvaient avoir 70 ou 80 ans et se montraient terriblement jaloux par exemple d'un regard jeté sur un autre vieillard au moment des visites.

Un bon nombre de ces patients avaient été admis après avoir montré leurs organes génitaux devant un enfant, la motivation première ayant été un besoin de se réassurer que leur pénis était

toujours là et que leur masculinité était conservée puisque l'enfant jetait les haut cris, que le voisinage s'effrayait et que la police devait intervenir. « Le choix d'une victime facilement impressionnable est important ici ; une dame âgée aurait probablement simplement signifier au vieux monsieur de remonter sa fermeture éclair et l'effet aurait été manqué. » (2) Presque tous les patients rapportèrent une diminution dans la fréquence des relations sexuelles et beaucoup de l'impotence totale. Cependant, l'intérêt et l'activité sexuelle étaient poursuivis à un âge très avancé beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement. Cette impression personnelle est confirmée et bien documentée dans un livre récent : *Sexual life after sixty*, par Isadore Rubin (14). Ceux qui ne parlaient pas de déclin dans la vigueur sexuelle parlaient de déclin dans la vigueur physique, les deux étant pratiquement pris l'un pour l'autre. L'intervention chirurgicale sur les yeux pour un glaucome ou des cataractes donnaient souvent lieu à la crainte de la castration ; un patient par exemple se disait convaincu que le chirurgien lui avait enlevé les testicules. « He did cut off my balls », disait-il en se tenant les testicules et décrivant une intervention pour des cataractes à ses « eyeballs ». On se trouve donc ici en pleine situation œdipienne.

Généralement, les femmes ne parlaient pas aussi spontanément de leur intérêt sexuel. Elles étaient souvent inquiètes de leur habileté à demeurer intéressantes comme compagnes de vie et comme objet sexuel. Un bon nombre étaient coquettes et séductives et pouvaient devenir très flirt, s'habillant souvent de façon extravagante et ridicule pour leur âge.

L'inconscient n'est pas modifié par le vieillissement et cette persistance des fantasmes sexuels est illustrée délicieusement au cours d'une entrevue de psychothérapie de groupe tel que rapportée par le docteur Maurice Linden (11) :

« — NELLIE : Eh, Susie, nous savons bien que tu « flirtes » avec tous les garçons.

« — SUSIE : Voyons donc. Qu'est-ce que tu dis là ? Je me respecte. C'est toi qui racontes toujours que tu vas te marier. . . .

« — NELLIE : Allons, n'essaie pas de passer pour un ange devant le Docteur.

« — SUSIE : C'est de la pure invention. Comment pourrais-je sortir sérieusement avec ce peintre, il est bien trop vieux pour moi. Oubliez-moi et regardez vous donc. Vous n'êtes pas mieux. Allez, dites donc au Docteur ce que vous m'avez raconté sur lui hier (rire général) . . .

« — MARY : Ne faites pas les enfants. Il n'y a rien de terrible à penser à un homme. Il me semble que nous sommes à un âge où nous pouvons parler de ces choses franchement.

« — MAYFIELD : C'est aussi ce que je pense. Je n'ai pas honte d'admettre que j'aimerais me marier. Cela peut vous paraître ridicule, Docteur, mais c'est ce que je pense. Je ne me marierai peut-être jamais mais je ne peux m'empêcher d'y rêver. »

On pourrait facilement penser qu'il s'agit ici d'un groupe d'adolescentes, mais Nellie a 70 ans, Susie 77, Mary 68 et Mayfield est âgée de 66 ans.

L'inconscient, l'énergie libidinale et les désirs instinctuels sont clairement persistants !

Une patiente de près de 60 ans que je vois en psychothérapie depuis plus de deux ans, se faisait des reproches d'avoir été indécente avec moi parce qu'elle s'était gratté le ventre au cours de l'entrevue, et elle ajouta qu'elle avait toujours pensé qu'après tout, il appartenait à l'homme de faire les premières avances !

C'est sans doute ce qui faisait dire à Shakespeare : *Is it not strange that desire should so many years outlive performance?* (*King Henry IV*, Part 11) et au docteur Berezin, parodiant une phrase célèbre : *Old wishes never die, they don't even fade away.* (2).

De façon générale, il semble donc que les hommes âgés sont plus préoccupés de leur vigueur physique et sexuelle alors que les femmes sont plus inquiètes de leur capacité à toujours attirer et intéresser les hommes.

Santé physique :

En ce qui a trait à leur pauvre santé physique, l'utilisation massive parfois de la négation était fréquente et caractéristique.

Mon patient de 81 ans (4) insistait pour marcher dans la neige épaisse au point de s'épuiser et était

convaincu qu'un seul coup de son poing tremblant allait me tuer. Il allait vivre un autre quarante ans au moins, alors qu'il était assuré que j'en avais 70 et que je pouvais mourir à n'importe quel moment. Sa jalousie de ma plus grande vigueur et jeunesse était évidente et il avait des rêves répétitifs dans lesquels il se couchait avec une jeune femme aux seins généreux, et elle devenait vidée pendant qu'il se remplissait ; en association il racontait que l'air qu'il respirait allait vicier et faire pourrir mes poumons et que je deviendrais décrépité et âgé pendant que lui allait devenir jeune et vigoureux.

Un autre patient aux doigts amputés était persuadé qu'il pourrait retourner à son travail requérant une grande dextérité manuelle.

Un autre homme ayant appris qu'il avait une atteinte cardiaque, montait les escaliers à la course comme un jeune homme. Un autre individu était convaincu que s'il cessait sa longue marche matinale, il allait mourir et il continuait de déambuler chaque matin malgré de sévères douleurs arthritiques.

Chez ces gens, l'absence d'une activité ou d'un travail significatif contribuait de façon importante au sentiment d'inutilité et de futilité.

La patiente dont j'ai mentionné tantôt les fantasmes sexuelles à mon égard n'avait jamais pu avoir d'enfant et n'a jamais pu en adopter à cause de symptômes très sévères chez elle, sa mère étant schizophrène chronique depuis son enfance ; depuis quelque mois, cette patiente éprouve une satisfaction considérable à faire une broderie gigantesque et magnifique qu'elle travaille au « petit point » avec une minutie extraordinaire parce que, dit-elle, « je veux laisser au moins un beau travail derrière moi quand je mourrai ». Il faut noter ici que cette patiente croit que mon nom est d'origine italienne et qu'elle a choisi comme modèle de sa broderie une madone italienne donnant le sein à son bébé ! A partir du matériel présenté en traitement, il m'est évident que cette patiente qui se désespérait de n'avoir pas eu d'enfant et de n'avoir pas eu d'enfants est en train de remplacer en partie cette perte, de façon symbolique ; et au rythme où elle

travaille sa broderie, celle-ci lui aura pris neuf mois à compléter !

Déficit intellectuel :

Les symptômes soi-disant organiques, perte de mémoire surtout, mais également confusion et désorientation, présentent un problème particulièrement intéressant. Mon impression très nette est que beaucoup plus souvent qu'on le croit généralement, ces symptômes « organiques » ont une fonction défensive et protectrice du Moi, un peu à la façon de la négation et la répression, et afin d'éviter que le Moi devienne trop submergé s'il réalisait pleinement ce qui arrivait. De sorte qu'à la place d'une décompensation névrotique ou psychotique le patient présente un tableau « organique ».

Harry Grauer, du *Jewish General Hospital*, à Montréal, a rapporté à la Conférence de recherche de McGill sur la dépression (février 1965) un bel exemple de ce que je veux dire : une de ses patientes devenait régulièrement déprimée depuis trois ans au moment des fêtes juives ; la quatrième année elle devint davantage détériorée organiquement, n'était plus aussi consciente de la période des fêtes et était devenue moins déprimée ; elle s'était elle-même « guérie » de sa dépression en adoptant plutôt des symptômes organiques.

Ce phénomène fut observé souvent dans notre Service de gériatrie du *Boston State Hospital* et nous avons pu constater qu'il pouvait être parfois non seulement réversible mais aussi interchangeable. Les symptômes « organiques » répondaient souvent aux mêmes traitements que les symptômes émotionnels (thérapie du milieu, psychothérapie, etc.). Il nous est arrivé aussi de constater des améliorations rapides et dramatiques après quelques électrochocs chez des patients considérés séniles et non récupérables. L'amélioration des symptômes organiques était ordinairement plus remarquable chez les patients où ils étaient clairement apparus à la suite d'un stress émotif par exemple la maladie ou la mort d'un conjoint, le mariage d'un fils ou d'une fille, la retraite forcée.

Le malade semblait parfois se comporter comme s'il avait plusieurs « choix » morbides devant un

traumatisme émotionnel particulier. Ceci, d'ailleurs, avait déjà été pressenti par Ralph Kaufman en 1940 (10). Dans un article : *Old age and aging : the psychoanalytic point of view*, il rapporte son « impression distincte » que le contenu des pertes de mémoire dans la sénilité, sans égard aux facteurs organiques, pouvait avoir une signification psychologique individuelle bien précise. Dans notre Service de gériatrie, nos patients les plus confus savaient localiser l'armoire où était gardée une réserve de pain et de gâteaux.

Perte d'objet :

De tous les sujets discutés par nos patients, le plus souvent mentionné et le plus chargé émotionnellement était celui des « pertes d'objet » surtout la mort des parents, du conjoint, des enfants, et associée à la perte par la mort, la perte d'un enfant par le mariage ou la naissance de petits enfants, la perte d'emploi, de prestige, d'argent, de maison, etc.

La mort de l'époux ou de l'épouse avec qui l'on a partagé toute une vie était un facteur fréquent d'admission. Le conjoint qui survit avait appris à recevoir du défunt presque toute sa « nourriture émotionnelle », surtout durant les dernières années de vie en commun, alors que les enfants avaient quitté le foyer familial et qu'ils avaient partagé ensemble le même isolement. Curieusement on voyait souvent après la retraite forcée du mari, celui-ci se déprimer alors que sa femme qui, durant de longues années auparavant s'était sentie inutile pour son mari, s'améliorer, elle, soudainement, alors qu'elle pouvait maintenant prendre soin de son mari et retrouvait ainsi son importance, du moins pendant quelque temps.

La mort d'un des deux conjoints pouvait précipiter l'admission, l'autre se laissant souvent mourir littéralement parfois avec une dépression clinique évidente parfois sans évidence de dépression ; cette mort pouvait survenir rapidement comme si le survivant des deux avait décidé que la vie ne valait pas la peine d'être vécue sans l'autre et le traitement le plus vigoureux n'allait pas faire reconsidérer le « choix » qui avait déjà été fait. Dans un certain nombre de ces cas, le

tableau clinique présenté avait de fortes analogies avec la dépression anaclitique des enfants décrits par René Spitz (15) et qui mouraient finalement de marasme après séparation d'avec la mère. Parfois, cependant, il n'y avait pas de tableau dépressif typique ainsi qu'en témoigne ce vieillard de 81 ans : il souffrait de prostatisme et avait une exacerbation de ses symptômes urinaires au moment d'une séparation d'avec son thérapeute, par exemple au moment des vacances. Il était convaincu que sa prostate allait le tuer et refusa avec véhémence l'intervention chirurgicale pour prostatectomie tout le temps que dura son traitement. Après le départ de son thérapeute, les symptômes de nouveau s'intensifièrent mais cette fois il se résigna docilement à l'opération convaincu qu'il allait en mourir. Quand il survécut l'intervention chirurgicale, il parut déçu d'être toujours vivant et déçu des suites opératoires qui paraissaient excellentes. Il commença à cracher la nourriture et l'eau qu'on lui faisait prendre et mourut peu après malgré les intraveineuses (4).

Souvent une maladie bénigne du conjoint suffira à provoquer une réaction dépressive névrotique ou une psychose. Même lorsque le conjoint recouvre la santé physique, cette réaction peut persister : il semble que, dans ces cas, la maladie bénigne a servi en quelque sorte d'avertissement : l'époux a beau recouvrer la santé, sa mort est perçue comme imminente. La tâche de l'âge mature, selon Erickson (6), est « d'accepter sa propre vie, son unique cycle vital ainsi que les personnes qui y ont contribué de façon significative comme quelque chose qui devait être nécessairement sans continuer de désirer y faire des substitutions ». Ce travail d'acceptation de sa vie comme elle a été vécue plutôt que comme elle aurait pu être vécue m'apparaît davantage encore comme une des fonctions de la sénescence et cette fonction me paraît reliée immédiatement à une autre, celle de l'acceptation de sa propre mort. Beaucoup de patients semblent capables d'anticiper le moment de leur propre mort, laquelle est souvent perçue comme la punition pour toutes les idées de mort qu'ils ont pu ressentir à l'égard des autres. Un de mes patients était convaincu

qu'il n'avait vécu si vieux que de la mort des autres et il allait maintenant être tué en punition. Le but de la psychothérapie, ici, est d'aider le patient à accepter sa mort comme une loi naturelle dépourvue des fantasmes qui lui donnent toute sa frayeur.

Feifel (7) a écrit que la peur de la mort est en relation à la peur de la vie, les fantasmes sur la mort étant des projections des fantasmes sur sa propre vie. Ce qui est le plus craint dans la mort est également ce qui est le plus craint dans la vie.

Les fantasmes qui nous sont apparus comme les plus terrifiants chez nos patients se rapportaient au sentiment de solitude dans la mort comme dans la vie, au sentiment de castration et au sentiment de déprivation orale totale. C'est comme si on avait dit : « quand je serai mort, je ne pourrai plus rien recevoir, personne ne me nourrira plus ni de pain ni d'amour. » Il me semble que les rites funéraires au cours desquels on laisse aux défunts de la nourriture ou des objets précieux tels des bijoux, ou encore des objets ayant une valeur sentimentale comme l'alliance de mariage, leur chapelet, etc., ont pour but d'alléger ce sentiment de privation orale totale et de solitude.

Ce qui paraissait effrayant dans la mort chez nos patients c'était d'être tué plutôt que de « mourir ». Etre tué signifiant ici : être mauvais, ne pas avoir assez reçu dans la vie, donc ne pas avoir été assez aimé.

Félix Deutsch (5) nous rappelle que les Grecs et les Romains décrivaient de deux mots différents les deux phénomènes. « Etre tué », *κηρ* chez les Grecs et *letum* chez les Romains étaient représentés par une femme aux griffes cruelles et aux crocs immenses comme une bête monstrueuse alors que *Θανατος* et *mors* apparaissaient comme un ange gardien portant une torche éteinte.

Le patient dont j'ai parlé brièvement tantôt, refusa l'intervention chirurgicale aussi longtemps qu'il pensait qu'il allait « être tué ». Quand il eut décidé qu'il était prêt à « mourir », après le départ de son thérapeute il signa son permis d'opération sans protester en disant : *Do what has to be done*, et parut désappointé de n'avoir pas

succombé à l'intervention chirurgicale ou aux suites opératoires (4).

Ce qui fait la différence entre « être tué » et « mourir » c'est, il me semble, l'intensité de la culpabilité à cause des gens qui, dans les fantômes, ont été tués. Le docteur Kastenbaum rapporte le cas d'un patient très confus souffrant d'un syndrome cérébral organique qui, peu avant sa mort, disait qu'il attendait le croque-mort parce que lui, le patient, devait se débarrasser de huit cadavres qu'il portait avec lui et le croque-mort n'était pas venu encore l'en délivrer. Cet homme, soit disant souffrant de confusion organique et qui devait se débarrasser de huit cadavres, était l'un des membres d'une famille de neuf enfants !

Parfois il n'est pas nécessaire que ce soit le conjoint qui disparaisse mais une perte en apparence minime, comme par exemple la figure familière du boulanger, qu'on ne verra plus parce qu'il a changé de quartier, peut être l'occasion de l'apparition de symptômes très graves pour tel vieillard qui vivait seul et pour qui le boulanger jovial était devenu le symbole que le « monde extérieur » tenait encore à le nourrir physiquement et affectivement. Ou bien encore la mort d'un animal (chat, chien surtout) seul compagnon qui satisfaisait les besoins de contact physique, de caresses, peut avoir des conséquences désastreuses.

Chez un patient âgé, la mort de son chat qu'il caressait, nourrissait et avec qui il conversait toute la journée précipita une décompensation psychotique ; ce chat était mort après avoir expulsé une selle verte très malodorante, après avoir mangé un rat empoisonné ; le patient se sentait terriblement responsable de la mort de ce chat et en parlait comme de sa mère décédée d'un cancer du gros intestin et dont le patient avait pris soin durant sa maladie ; la mère aussi avait eu des « selles vertes » durant son agonie. Les animaux semblent jouer chez les vieillards un rôle de remplacement d'être humains comme on observe si souvent chez les enfants.

Un bon nombre de patientes gardaient toute une famille d'animaux surtout des chats dont elles prenaient grand soin et devenaient très inquiètes

de leur maladie. Un cas plus célèbre défraya la manchette des journaux de Boston à l'époque : une vieille dame et sa fille furent admises à notre hôpital pour examen mental après les faits suivants : la maison qu'elles habitaient avait beau être à une certaine distance des voisins, ceux-ci avaient noté des odeurs s'en dégageant mais on savait que ces dames gardaient un certain nombre de chiens et on tolérait : cependant l'odeur et les aboiements s'étant constamment amplifiés, la police fut appelée et découvrit, au grand ahurissement de tout le monde, que la vieille régnait sur de nombreuses générations d'animaux alors que la fille ne travaillait que pour nourrir l'énorme famille vorace qui s'établissait à 115 chiens et à une vingtaine de chats ! Cette patiente n'avait pu se résigner à laisser partir un seul de ses enfants ! Aussi invraisemblable que ce cas puisse paraître, il me semble qu'il est actuellement répété : j'ai été intéressé de lire dans le journal la *Gazette* du 5 mai 1965 et vu à la télévision le dimanche suivant, 9 mai, au programme *This hour has seven days*, l'histoire d'une religieuse de 75 ans, Mother Cecilia, qui garde plus d'une centaine de chats, chiens et chèvres, et qui a menacé de laisser la religion catholique et de passer à l'anglicanisme si le Vatican la forçait à abandonner ses animaux, cédant à la pression des voisins qui ne peuvent en tolérer les odeurs ; excommuniée ou pas, a-t-elle dit, elle gardera ses animaux jusqu'à sa mort !

Le sentiment d'être inutile ou moins utile, d'être respecté (pour ce qu'on était et non plus pour ce qu'on est), était très vivace. Nos vieillards manifestaient un désir très intense de continuer d'apporter une contribution à la société ; ils n'avaient le droit de vivre qu'en apportant cette contribution ; à l'égard de la retraite, une double approche, contradictoire en apparence seulement, nous est parue nécessaire : 1) la retarder si possible ; 2) y trouver une valeur et une signification quand elle ne peut plus être retardée. Nous croyons que vivre et un engagement dans la vie sont inséparables. Un certain nombre d'auteurs pensent que les personnes âgées sont satisfaites de se « désengager » de la vie. Nous ne sommes pas de cette opinion et pensons

plutôt que le « désengagement » leur est en quelque sorte imposé : les vieillards sont souvent tellement convaincus que la jeune génération ne tient pas à eux et ils sont tellement jaloux de la vigueur des jeunes qu'ils ont tendance à s'exclure, à s'isoler et à prendre une attitude de désintéressement. Il nous était nécessaire d'être beaucoup plus agressif thérapeutiquement avec les vieillards qu'avec des patients plus jeunes afin de les garder en traitement et lorsque enfin, ils s'étaient rendu compte qu'on voulait vraiment s'occuper d'eux, ils devenaient pitoyablement reconnaissants et se demandaient combien de temps encore le miracle allait se continuer !

Il m'a semblé que le « désengagement » ainsi que les attitudes d'indépendance exagérée de beaucoup de patients étaient une défense contre un désir très vif de régression, d'être totalement dépendant, de recevoir comme un petit enfant. Un patient exprima ce désir très clairement par des rêves constants dans lesquels on lui servait une table bien garnie ; et il me répétait : « Je n'ai plus de dents ni de cheveux, je suis vraiment comme un bébé maintenant ! » (4).

Ce désir intense de dépendance totale est renforcé par l'état de faiblesse physique et par le sentiment qu'après une longue vie de travail ardu, ils ont bien gagné maintenant le droit au repos et la vieillesse devient alors le prétexte pour obtenir des gratifications infantiles un peu de la même manière que certains vétérans utilisent de façon névrotique leurs années de service militaire et leur titre de défenseur de la patrie pour obtenir des gratifications de la société qui leur doit tant.

Psychothérapie :

Je voudrais présenter brièvement en conclusions quelques réflexions sur la psychothérapie des personnes âgées. Ceux que le problème intéresse davantage pourront se référer à la bibliographie qui accompagne cet article (13).

Il me semble que l'hésitation à traiter en psychothérapie les vieillards est en grande partie une réflexion de l'attitude culturelle qui tend à considérer la vieillesse comme une dévaluation. Il y a une grande différence d'opinion chez les

auteurs eu égard à la capacité des personnes âgées de faire l'examen de leur vie ; nous croyons, avec Rechtschaffen (13), que la recherche dans ce domaine est indiquée et que toutes les variations pourraient être trouvées, « la vieillesse et la mort imminente précipitant, chez certains patients, un besoin intense d'un examen honnête et franc de sa vie passée et chez d'autres une négation massive » (13).

Il est important que le thérapeute aide le patient à accepter sa vie comme elle a été vécue ; un soulagement très considérable peut être apporté à un vieillard à partir du moment où il comprend son comportement du passé. Un vieux patient me dit un jour : « Je regrette de ne pas vous avoir rencontré il y a cinquante ans, mais au moins je comprend maintenant pourquoi je n'avais pas le choix de me comporter autrement que je l'ai fait ! » et il se sentait pour la première fois délivré de sa culpabilité. Un autre patient était convaincu que sa vie avait été totalement inutile parce que certains objectifs qu'il s'était fixés n'avaient pu être remplis, jusqu'à ce qu'un jour en psychothérapie il fasse littéralement la « découverte » de l'importance de son travail : ce patient était un comédien et n'avait jamais réalisé auparavant qu'il avait aidé des milliers de gens à vivre en les distrayant par son théâtre. Joost Merloo (12) a une expression que j'aimerais vous citer : « Pourquoi traiter les patients sans futur ? Pour leur redonner leur passé qu'ils n'ont souvent jamais eu afin de pouvoir maintenant accepter leur présent. »

Les principales difficultés dans la thérapie des vieillards viennent, il me semble, des sentiments contretransférentiels : l'anxiété des thérapeutes peut être intensifiée devant l'impuissance physique et sexuelle de ses patients, ainsi que devant leur dépendance et leur oralité. Si le thérapeute doit nourrir une figure parentale, qui restera-t-il, alors, pour le nourrir, lui. Le thérapeute également peut se sentir trop coupable devant la jalousie de ses patients pour sa vigueur et sa jeunesse ; enfin le narcissisme du thérapeute peut souffrir devant des situations irréversibles telles que la maladie chronique ou la mort approchante

de son patient. « Se défendant contre cette anxiété, le thérapeute peut être porté à ne présenter que les interprétations les plus bénignes et peut assumer une attitude de révérence devant l'âge du patient, attitude qui peut n'avoir rien de thérapeutique et ne pas correspondre au désir et à la capacité du patient pour un examen plus honnête de lui-même et de ses fantasmes. » (13)

Enfin, le thérapeute doit être prêt à se laisser enseigner et à accepter d'être vu dans le transfert comme un fils ou un petit fils. Je fais allusion ici à ce que certains auteurs (8 et 12) ont appelé du nom de « transfert renversé » ou du complexe d'Œdipe vu cette fois du point de vue du patient père vis-à-vis le médecin-fils et non plus du point de vue du patient-fils se reliant au médecin-père.

Dans ces efforts thérapeutiques, la psychothérapie de groupe apparaît à beaucoup comme une situation thérapeutique particulièrement bien adaptée à cause de la possibilité de satisfaire la faim sociale et de contrecarrer le sentiment de solitude qui, à mon avis, est le sentiment prédominant chez les personnes âgées.

RÉSUMÉ

Une série d'impressions cliniques sont rapportées à partir d'observations faites au cours de la psychothérapie d'un certain nombre de patients gériatriques.

Des fantasmes et des préoccupations apparemment communes à un grand nombre de patients âgés sont présentés et groupés sous divers thèmes dont le principal paraît être : « Vieillir, c'est perdre ». Ces différents thèmes sont discutés surtout la perte d'objets humains. L'auteur pense que la remarque d'Erickson à savoir que c'est la tâche de l'homme adulte d'accepter son cycle vital tel qu'il a été vécu, s'applique davantage encore à la sénescence qu'à l'âge adulte de même que la tâche de l'acceptation de sa propre mort. Ceci est discuté et une différence est faite entre « être tué » (à cause surtout des fantasmes où la culpabilité domine) et « mourir » (au moment où domine l'acceptation de sa mort à cause

du sentiment d'avoir assez reçu de la vie c'est-à-dire d'avoir été assez aimé). En terminant, quelques remarques sont présentées au sujet du contretransfert dans la psychothérapie des personnes âgées.

SUMMARY

Clinical impressions derived from observations of geriatric patients seen in psychotherapy are presented.

Fantasies and concerns which appeared common to many old people are discussed under different themes which could be summarised in this way : « To grow old is to lose ».

These central themes are discussed and more attention is focused on the reaction of old people to the loss of human objects. The opinion is offered that Erickson's remark concerning the task of the adult as being « the acceptance of one's unique life cycle as it has been lived », is even more appropriate as a task of senescence than of adulthood. Related to this is senescence's other task that is the acceptance of one's own death. One sees in many patients a difference between « being killed » (because of one's guilt at having « killed » people in one's own fantasies) and « dying » (which occurs when one accepts his death as a natural law because of the realisation that one has received enough from life and therefore has been loved enough during his lifetime).

Finally a few remarks are made concerning mostly countertransference feelings of the therapist doing psychotherapy with the aged.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABRAHAM, K., Selected papers of psychoanalysis, pp. 312-317, *Hogarth Press*, Londres, 1949.
2. BEREZIN, M., Normal psychology of the aging process, in First annual scientific meeting of the Boston Society for gerontologic psychiatry, pp. 93-117, *Inter. Univ. Press*, New-York, 1963.
3. BLAU, D., Conférence au *Medfield State Hospital*, (fév.) 1961.
4. DA SILVA, G., The loneliness and death of an old man ; 3 years psychotherapy with an 81-year old depressed patient, *Fifth annual scientific meeting of the Boston Society for gerontologic psychiatry*, (mars) 1965. (Ce symposium sera publié bientôt.)

5. DEUTSCH, F., Euthanasia : a clinical study, *Psychoanal. Quart.*, 5 : 347, 1936.
 6. ERICKSON, E., Identity and the life cycle, *Intern. Univ. Press*, New-York, 1959.
 7. FEIFEL, H., The meaning of death, *McGraw-Hill*, New-York, 1959.
 8. GROTJAHN, M., Analytic psychotherapy with the elderly. *Psychoanal. Review*, 42 : 419-427, 1955.
 9. KASTENBAUM, R., *Geriatric Focus*, 4 : (fév.) 1965, *Knoll Pharmaceutical Co.*, Orange, New-Jersey.
 10. KAUFMAN, Old age and aging, the psychoanalytic point of view, *Am. J. Orthopsychiat.*, 10 : 73-84, 1940.
 11. LINDEN, M., in Normal psychology of the aging process. *Intern. Univ. Press*, pp. 104-105, 1963.
 12. MERLOO, J., Transference and resistance in geriatric psychotherapy, *Psychoanal. Rev.*, 42 : 72-82, 1955.
 13. RECHTSCHAFFEN, A., Psychotherapy with geriatric patients : a review of the literature, *J. Gerontology*, 14 : 73, 1959.
 14. RUBIN, I., Sexual life after sixty, *Basic Books*, New-York, 1965.
 15. SPITZ, R., Anaclitic depression, in the *Psychoanal. Study of the child*, vol. 2, pp. 313-342, *Intern. Univ. Press*, New-York, 1946.
-

MODIFICATIONS PRODUITES SUR UNE BATTERIE DE TESTS PSYCHOPHYSIQUES À LA SUITE D'ADMINISTRATION DE PSYCHOTROPES: UN ESSAI D'INTERPRÉTATION * †

A. ST-JEAN, M. D.,¹ M. DONALD, M. A.,¹
H. E. LEHMANN, M. D.,² T. A. BAN, M. D.²

Nous présentons un résumé des résultats que nous avons obtenus à la suite de prise unique de douze composés psychotropes suivis de l'administration de tests psychophysiques.

POPULATION ET MÉTHODE

L'échantillonnage comportait 14 schizophrènes mâles chroniques. L'âge moyen des patients était de 44,9 ans, avec une médiane de 41 ans et des extrêmes de 25 et 62 ans. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 10,2 ans, avec une médiane de 8 ans et des extrêmes de 0,5 et 28,2 ans.

Aucun des patients n'a reçu de médication psychotrope au moins un mois avant le début des essais. Les patients furent exposés trois fois à la batterie de tests psychophysiques précédant le premier essai expérimental. La première séance fut considérée simplement comme une d'introduction et nous nous sommes servis comme point de comparaison des moyennes des deuxième et troisième essais. La première étude, en novembre 1963, était une étude à double insu où les médicaments suivants furent administrés selon un carré latin : placebo, chlorprothixine (50 mg), chlorpromazine (75 mg), halopéridol (5 mg) et tripéridol (2 mg).

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

† Ce travail était partiellement supporté par Public Health Service Research Grant MH-05202-04, U.S. Department of Health, Education and Welfare.

1. Hôpital-des-Laurentides, L'Annonciation, Québec.

2. Verdun Protestant Hospital, Verdun, P. Q.

Cette expérience fut suivie de l'administration d'une dose de néoserp (1 mg), de propériciazine (50 mg) et de méthyl dopa (500 mg). Dans la seconde étude en mai 1964, la même technique fut suivie : carré latin et méthode à double insu avec placebo, trimépramine (50 mg), imipramine (50 mg), lévomépromazine (10 mg) et Ciba 30803 Ba (150 mg). Les patients furent exposés à la batterie de tests une heure et demi à deux heures après la prise du produit. Le nombre de sujets à chaque essai était de dix à douze.

Tous les patients de notre échantillonnage n'ayant pas participé à tous les essais expérimentaux, notre méthode d'analyse fut non paramétrique (test de Wilcoxon).

Nous présentons au tableau I les tests utilisés, leur sensibilité au placebo et leur coefficient de répétabilité.

RÉSULTATS

Nous avons commencé par une analyse statistique conventionnelle de nos données en comparant entre eux les treize groupes. Les résultats ont été semblables à ceux que l'on trouve dans la littérature. L'effet du placebo était souvent plus marqué que celui produit par les composés présumés actifs.

Une analyse de groupe ne nous permettait donc pas d'isoler l'activité spécifique des psychotropes de « l'effet-traitement ». « L'effet-traitement » étant ici défini comme la réaction de base à la

TABLEAU I

Sensibilité à l'effet placebo et répétabilité de huit tests psychophysiques

TEST	NOMBRE DE MESURES À CHAQUE ESSAI	ABRÉVIATION (anglaise)	SENSIBILITÉ À L'EFFET PLACEBO *	RÉPÉTABILITÉ * (Diff. journée même heure)
Temps de réaction	3	RT	Bas	.92
Fréquence de touche	3	TAP	Bas	.75
Temps de parcours d'un tracé	1	TTT	Haut	.70
Nombre d'erreurs dans le parcours d'un tracé	1	TTE	Bas	.85
Fréquence critique de fusion dans l'effet de papillotement	3	CFF	Bas	.70
Disparition de l'image rémanente	3	AID	Bas	.63
Temps d'association de mots	10	WAS	—	—
Mémoire de chiffres	2	DIG	—	—

* Lehman and Knight, 1960.

situation expérimentale que le patient reçoive un composé inerte ou actif.

Cependant les sujets venant d'une même population, nous avons décidé d'examiner leur performance individuelle s'étendant sur une longue période de temps alors qu'ils étaient exposés à treize situations expérimentales identiques sauf en ce qui regarde la médication. Cette évaluation nouvelle donna des résultats inespérés.

On observa chez les patients le même schème de comportement se répétant dans la majorité des essais et ce, indépendamment du composé administré. Bien plus ces schèmes de comportement étaient très différents d'un sujet à l'autre. Voici deux schèmes de réactions typiques (figure 1). Le patient, J. B., ne montre aucun changement constant sur la fréquence de touche et le temps de réaction mais la fréquence critique de fusion dans l'effet de papillotement décroît, le seuil de persistance de l'image rémanente augmente, le temps d'association de mots est raccourci, la mémoire de chiffre est légèrement abaissée. Ce type de réaction se reproduit dans 90 pour cent des essais expérimentaux quelle que soit la nature du composé administré.

G. L. ne montre aucun changement consistant dans la fréquence critique de fusion, le seuil de persistance de l'image rémanente, le temps d'association et la mémoire des chiffres, mais s'améliore

constamment dans le temps de réaction et la fréquence de touche (80 pour cent des essais expérimentaux). Chez ces deux patients on retrouve le même type de performance de novembre 1963 à mai 1964. Des 14 patients de la population totale, huit montrent des schèmes de réactions

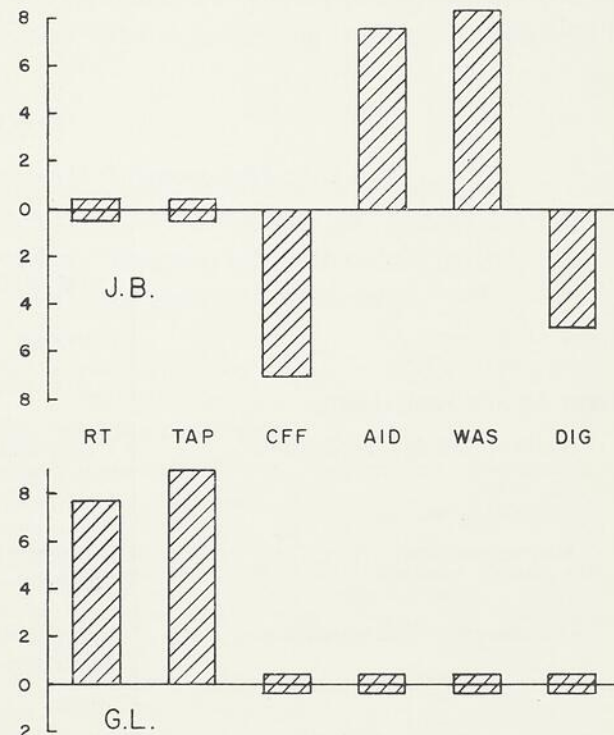


Figure 1. — Performance typique de deux patients. Changements positifs montrant une amélioration. La ligne de base (0) représente les résultats des deuxième et troisième essais.

très rigides, six autres montrent peu de tendances constantes. Cependant, chez tous les patients sans exception, on trouve dans au moins un test le même type de performance et ce, dans la majorité des essais expérimentaux. En examinant de plus près ce schème de comportement on s'aperçut que les performances les plus typiques correspondaient au type de performance du patient sous placebo.

Posons comme hypothèse que les facteurs ayant contribué à l'effet placebo vont se reproduire dans toutes les situations expérimentales quelle que soit la nature du composé administré. Posons comme seconde hypothèse qu'un agent actif va soit réduire ou exagérer cet effet-traitement déjà observé à l'état brut lorsque le placebo est administré.

Nous pourrions conclure que plusieurs des données obtenues dans cette population ont été dues au fait que plusieurs des composés dits actifs administrés à des doses moyennes dans un intervalle de temps fixe n'ont pas pu inhiber ni faciliter les performances observées lors de l'administration du placebo.

L'effet des médicaments a été de nouveau examiné mais cette fois-ci en ne prenant pas comme point de comparaison les performances des sujets avant l'administration de substances expérimentales mais en utilisant le schème de réaction de chaque individu sous l'effet du placebo.

Nous montrons dans le tableau II les résultats obtenus. Le type de réaction idiosyncratique de chacun des sujets dans la situation expérimentale étant pris en considération, on observe un effet dû aux substances actives qui se révèle constant de patients à patients.

Bien que le type de performance sur un test dans la situation expérimentale soit spécifique pour chacun des individus, il nous a été possible lorsque le médicament était actif de déceler une réponse qualitativement identique chez les patients. Pour illustrer, supposons un composé qui inhibe une fonction donnée chez un sujet qui a tendance à réagir dans le sens de la facilitation de cette même fonction lorsqu'il est exposé à l'effet-traitement. Dans ce cas l'effet non spécifique, l'effet-traitement (*placebo effect*) pourrait masquer ou neutraliser l'effet spécifique de la médication et le sujet pourra maintenant réagir

TABLEAU II

Effets constants de 11 composés actifs : tests psychomoteurs

	TEMPS DE RÉACTION	FRÉQUENCE DE TOUCHE	PARCOURS D'UN TRACÉ
EFFET DE PLACEBO.....	Individuel	Individuel	Amélioration
EFFET DÛ AUX MÉDICAMENTS :			
Accroissement de la performance.....	Trimépramine Imipramine Tripéridol		Individuel
Aucun changement.....	Ciba 30803 Ba Néoserp	Tripéridol Imipramine	Individuel
Décroissement de la performance.....	Propériciazine Halopéridol	Propériciazine Néoserp Halopéridol Chlorpromazine Chlorprothizine Lévomépromazine Ciba 30803 Ba	

à la substance active de la même façon qu'il a réagit avant d'être sous l'influence d'un composé expérimental actif ou non.

En fait si nous prenons comme critère sa réponse au placebo, l'effet inhibiteur du médicament nous deviendra apparent. Nous illustrons quelques-uns de nos résultats (tableaux II et III). Le temps de réaction et la fréquence de touche sont abaissés ou ne varient pas lorsque les patients sont exposés à la plupart des substances actives. Pourtant l'effet placebo sur la fréquence de touche en est un de facilitation dans la plupart des cas. Comme on peut voir dans notre échantillonnage cet effet ne se produit jamais avec une substance active. On voit un effet identique en ce qui concerne le temps de réaction avec la plupart des composés actifs. Cependant la triméprimine, le tripéridol et l'imipramine de façon constante raccourcissent le temps de réaction, étant en cela supérieurs au placebo. Le parcours d'un tracé, une fonction motrice relativement complexe, est toujours amélioré par le placebo et ce sans que le nombre d'erreurs soit augmenté de façon statistiquement significative. Cet effet placebo — sans doute renforcé par l'apprentissage — bien que rarement complètement inversé, est diminué habituellement par les substances actives. Les antidépresseurs (triméprimine, imipramine) agissent dans le même sens que les autres composés. Les résultats obtenus avec les tests perceptuels nous montrent que la fréquence de fusion de l'effet de papillotement a tendance à être abaissée ou à de-

meurer inchangée avec les substances actives. On remarquera que la propériciazine a abaissé de façon particulièrement marquée la fréquence de fusion de l'effet de papillotement. Deux individus soumis au tripéridol ont inversé l'effet placebo dans le sens d'une augmentation de la performance dans ce test perceptuel. L'effet typique du placebo est d'augmenter le seuil de persistance de l'image rémanente. Les composés actifs n'altèrent pas habituellement cet effet. Le Ciba 30803 BA chez deux patients a eu tendance à accentuer cet effet. Néoserp et méthyl dopa ont au contraire tendance à abaisser le seuil de persistance de l'image rémanente au point de renverser l'effet placebo. Le test d'association de mots ne semble pas sensible à l'effet placebo. Bien que ce test soit définitivement influencé par des composés actifs, l'effet facilitateur ou inhibiteur apparaît ne pas avoir de relations spécifiques avec la substance administrée mais avec le schème de comportement de l'individu. On peut parler dans ce cas d'un effet non spécifique dû à un composé actif (*general drug effect*) chez un individu donné. La mémoire des chiffres montre peu de changement avec le placebo ou le composé actif.

CONCLUSION

Plusieurs travaux récents insistent sur les différences individuelles dans les réponses aux médicaments (Shagass, 1954 ; Rodnight et Gooch, 1963) pour citer quelques auteurs qui travaillent dans un

TABLEAU III

Effets constants de 11 composés actifs : tests perceptuels et verbaux

	SEUIL DE FRÉQUENCE (effet de papillotement)	SEUIL DE FUSION DE L'IMAGE RÉMANENTE	TEMPS D'ASSOCIATION DE MOTS	MÉMOIRE DE CHIFFRE
EFFETS PLACEBO	Individuel	Augmenté chez 8 patients	Rare : légèrement accéléré chez 3 patients	Rare : légèrement diminué chez 3 patients seulement.
EFFET DU MÉDICAMENT :				
Accroissement	Tripéridol Imipramine (Un patient a renversé l'effet placebo)	Ciba 30803 Ba Imipramine		
Aucun changement	—	—	Individuel	Aucune trace d'effet du aux médicaments.
Abaissement	Propériciazine	Néoserp Méthyl dopa		

contexte expérimental. Dans notre travail nous voyons que certains patients sont plus consistants dans leur comportement que d'autres. La même dose de médicaments ayant été administrée à chaque patient on peut assumer que certains sont plus sensibles ou exhibent un schème de réaction plus rigide que ce soit avec un placebo ou un médicament actif.

En plus de la nature très complexe et idiosyncratique des différents *patterns* de réaction exhibée lors de l'administration d'un placebo, la tendance de certains tests psychophysiques à détecter l'effet inhibiteur ou facilitateur des médicaments sédatifs ou stimulants (Lehmann et Knight, 1960) doivent nous donner conscience de l'importance de schèmes expérimentaux centrés sur l'individu (Chassan, 1964) et ceux-ci fondés sur des profils de réaction dynamique.

Le type de comportement mis en lumière par des analyses statistiques conventionnelles et que l'on peut considérer comme un « effet placebo de groupe » doit être reconsidéré à la lumière du profil de chaque individu. L'emploi du concept

(réaction du sujet à l'effet-traitement) repose sur un modèle mathématique semblable à celui employé par Lacey (1962) et décrit par Churchill (1962). Ce concept pourrait servir de point d'appui pour l'évaluation de diverses substances actives.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHASSAN, J. B., On the statistical analysis of data from an intensive design, *Red Corner Report #15440*, (13 août) 1964.
2. CHURCHILL, E., Statistical treatment of regression of change on level, *Ann. New York Acad. Sci.*, **98** : 1322-1326, 1962.
3. LACEY, J. I., et LACEY, B. G., The LIV in the longitudinal study of autonomic constitution : The reproducibility of autonomic responses and response patterns over a four-year interval, *Ann. New York Acad. Sc.*, **98** : 1257-1290, 1962.
4. LEHMANN, H. E., et KNIGHT, D. A., Measurement of changes in human behaviour under the effect of psychotropic drugs, in Rothlin E., éd., *Neuro-psycho-pharmacology*, vol. 2, 1966.
5. RODNIGHT, E., et GOOCH, R. N., A new method for the determination of individual differences in susceptibility to a depressant drug, in Eysenck, H. J., éd., *Experiments with drugs*, *Macmillan*, New-York, 1963.
6. SHAGASS, C., The sedation threshold. A method for estimating tension in psychiatric patients, *EEG Clin. Neuro-psychol.*, **6** : 221-233, 1954.

TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE À DOMICILE: EXPÉRIENCE DE TROIS ANNÉES (1962-1964) * †

Hébert LANGEVIN, M.D., Jean-N. FORTIN, M.D.,¹
Fernand LÉONARD, M.D., Bernard-S. MÉNARD, M.D.
Service de psychiatrie, Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Cette communication a pour but de décrire les activités de trois années d'un Service de traitement psychiatrique à domicile et de consultation d'urgence relié à une unité psychiatrique d'un hôpital général.

HISTORIQUE

En 1962, à l'aide d'un octroi de la division du Québec de l'Association canadienne pour la santé mentale, un Service de traitement psychiatrique à domicile fut établi à l'Hôpital Notre-Dame, centre d'enseignement affilié à l'université de Montréal. L'hôpital a une capacité de 1 100 lits dont une unité psychiatrique autonome de 52 lits, avec une clinique externe très occupée et une salle d'urgence particulièrement active. Le Service fut limité à une zone à l'épicentre de laquelle se situait l'Hôpital Notre-Dame desservant une population d'environ 175 000 habitants comprenant deux catégories sociales ayant accès au Service. La classe socio-économiquement faible d'ouvriers non spécialisés vit dans un secteur industrialisé, près du port de Montréal, et la classe moyenne d'ouvriers spécialisés habite un district résidentiel.

* Travail présenté au premier Congrès annuel de l'Association des psychiatres du Québec, tenu à Québec, les 21 et 22 mai 1965.

† Cette recherche a été rendue possible grâce à l'appui financier de l'Association canadienne pour la santé mentale, division du Québec. Les compagnies pharmaceutiques Smith, Kline & French, Hoffmann-La Roche Limitée et Sandoz Pharmaceuticals ont contribué généreusement pour permettre de continuer la recherche au cours des années.

1. Professeur agrégé, Département de psychiatrie, université de Montréal.

L'hospitalisation psychiatrique pose de sérieux problèmes à cause de la récente prise de conscience du problème psychiatrique et du nombre de lits très restreint dont la population peut disposer. La police jouait jusqu'à dernièrement un rôle important dans le contrôle de l'urgence psychiatrique en employant la détention forcée qui est rarement un acte médical. Le médecin doit assumer sa responsabilité sociale et l'hôpital général devient un endroit où elle peut s'exercer.

Des expériences similaires en psychiatrie sociale ont été rapportées dans la littérature médicale et le premier Service psychiatrique avec visites à domicile au Canada remonte à 1958 (15). A Amsterdam (1 et 14) les psychiatres sont dirigés sur appel dans différentes zones de la ville dans le but d'instituer un traitement qui prévient l'hospitalisation dans de nombreux cas. A Boston (2 et 5) les membres du Service, intégrés à un hôpital mental, estiment empêcher l'hospitalisation en offrant une solution rapide au problème d'urgence, en obtenant l'aide et la participation de la famille dans le traitement. Autant dans les centres européens (8, 10 et 18) que dans les centres américains le problème retient l'intérêt des psychiatres (6, 11 et 19).

Ces observations incitaient à poursuivre des buts semblables : la solution du problème aigu, la participation de la famille au traitement du malade, la coopération avec le médecin de famille et, finalement, une meilleure compréhension de la crise familiale ainsi que sa signification dans le but de rendre plus efficace le traitement psychiatrique.

MÉTHODES

La méthode de travail adoptée est particulièrement flexible et versatile. Le premier appel téléphonique est reçu par la secrétaire qui tente d'obtenir le maximum de renseignements à l'aide d'un questionnaire préparé à cet effet par l'équipe. Ensuite les informations sont colligées par le psychiatre qui avec la travailleuse sociale et l'infirmière détermine la décision à prendre et le plan de traitement. La première visite sera faite par un membre de l'équipe suivant les données obtenues. Si le patient refuse de voir le psychiatre, la visite de l'infirmière peut servir d'amorce au traitement et, dans certaines autres occasions, si l'urgence s'avère d'emblée sociale, la travailleuse sociale fera la première visite en vue de préparer les mesures sociales nécessaires.

L'approche thérapeutique était orientée de la façon suivante : 1° psychothérapie de support pour le patient et manipulation du milieu familial ; 2° tentative d'atténuer ensuite la symptomatologie par une méthode chimiothérapique ; 3° soutien psychothérapique après la crise aiguë dans un but préventif à un membre de la famille, ainsi que l'orientation du patient ou d'un autre membre de sa famille vers une forme de traitement offert par le Service de psychiatrie.

RÔLE ET FONCTION DU PERSONNEL

Au début, la clinique comprenait deux psychiatres à demi-temps, une infirmière visiteuse, une travailleuse sociale et une secrétaire à temps complet. Pendant longtemps, la clinique a fonctionné sans infirmière ou sans travailleuse sociale pour des raisons de manque de personnel et, par la suite, un ou deux résidents participèrent activement à l'équipe. À cause du caractère inusité du Service, chaque membre de l'équipe devait assumer des rôles différents et se familiariser avec des approches plus variées (7 et 12). Le caractère fluide de la structure de la clinique comportait des avantages en obligeant chaque membre de travailler hors des cadres qui ne pouvaient être rigoureusement codifiés.

En ce qui concerne le psychiatre, ses connaissances thérapeutiques médicales sont souvent requises et il peut devenir le médecin consulté pour une affection physique. Il se doit également de connaître les ressources communautaires, les agences sociales, les institutions de réhabilitation et même la police afin d'assumer toute la responsabilité entière du traitement.

L'intérêt au début consistait à explorer et définir les rôles dans un domaine nouveau et innover des techniques inusitées. L'enrichissement apporté par les contacts interdisciplinaires et la conscience de répondre à un besoin social ont puissamment contribué à animer la motivation pour un travail présumément difficile et frustrant. Il est superflu de souligner que, dans ce cadre de travail, chaque membre de l'équipe est appelé à assumer des rôles qui dépassent son rôle traditionnel et il doit se familiariser à des approches variées qui constituent une expérience d'enrichissement autant qu'une source de difficultés, dans le but d'empêcher et prévenir l'hospitalisation.

L'expérience en hygiène publique de l'infirmière visiteuse favorise son rôle d'intermédiaire entre le psychiatre et le patient. La visite à domicile permet au patient de se confier librement sans attendre de l'infirmière un gain direct. Par ailleurs, les observations par la famille de certains faits pathologiques antérieurs à la crise contribuent à modifier ou à confirmer le diagnostic. L'infirmière exerce la surveillance nécessaire pour les médicaments prescrits, leur emploi, leurs effets et le comportement non seulement du patient mais aussi de l'entourage. Sa disponibilité permet d'atteindre plus facilement une certaine catégorie de malades difficiles.

La travailleuse sociale joue un rôle à buts multiples par l'évaluation sociale au profit des membres de l'équipe tout en offrant du support au début du traitement. Le plan de traitement vise à atteindre des objectifs divers et ses modalités se modifient avec le rôle de chaque membre de l'équipe. Le patient est perçu dans l'optique traditionnelle mais la malléabilité des divers rôles est importante dans le Service. Ainsi, il peut arriver que l'infirmière visiteuse ou le psychiatre complète

l'évaluation sociale ou encore la travailleuse sociale enquête sur la régularité de la médication, et son travail de collaboration est essentiel pour la réhabilitation du patient.

Le rôle spécifique de la travailleuse sociale est d'étudier l'influence de la situation personnelle et du milieu social sur la maladie. Elle aide le patient ainsi que sa famille à comprendre et à résoudre les facteurs sociaux qui entravent le traitement ou qui découlent de la maladie. Elle doit encourager le patient et sa famille à utiliser avec profit les ressources sociales qui répondront à ses besoins. Sa participation au traitement d'un membre de la famille aidera à modifier la dynamique du milieu familial avec répercussions sur l'état du patient. D'une façon générale, la travailleuse sociale remplit les fonctions suivantes auprès des patients : 1° elle s'occupe des problèmes à court terme et, après l'évaluation, elle offre des services immédiats sans traitement social, comme par exemple les démarches en vue d'une hospitalisation urgente ; 2° elle complète les évaluations pour diriger vers une agence sociale les patients qui requièrent un secours financier ; 3° elle voit les patients en entrevue pour modifier leur fonctionnement tout en tenant compte de leur pathologie.

ACTIVITÉS CLINIQUES

Le tableau I démontre l'activité de la clinique qui a traité un total de 373 patients au cours des années 1962 - 1964. Lorsqu'une solution rapide au

TABLEAU I

Classification des malades de 1962 à 1964

ANNÉES	TRAITEMENT À DOMICILE	CONSULTATION D'URGENCE	TOTAL
1962.....	40	78	118
1963.....	81	20	101
1964.....	81	38	119
TOTAUX.....	202	136	338

Patients reportés au 31 décembre 1962 : 49
Patients reportés au 31 décembre 1963 : 36
Patients reportés au 31 décembre 1964 : 35

problème s'avérait possible par une évaluation sociopsychiatrique, la clinique dirigeait ensuite le patient vers une forme de traitement approprié avec une recommandation précise. Ces cas ont été classifiés comme « consultation d'urgence » et par opposition les cas de « traitement à domicile » étaient les patients dont la clinique assumait la responsabilité du traitement.

Dans la phase préliminaire de l'organisation, les patients de gériatrie furent exclus en fixant la limite d'âge à 65 ans mais, graduellement, ces patients furent traités lorsqu'ils firent appel eux-mêmes à la clinique. Au moment d'une crise, une des raisons principales des conflits familiaux semblait être la présence au sein de la famille d'une personne âgée présentant des problèmes psychiatriques. Ces vieillards devenaient une source de conflits à cause de l'attachement exagéré d'un membre de la famille tout en soulevant l'agressivité des autres. La crainte de perdre les gains secondaires et financiers reliée à la présence de la personne âgée au foyer était un facteur qui, fréquemment, jouait un rôle important, que la famille en soit consciente ou non.

La clinique, par la suite, s'est séparée de la clinique d'urgence, maintenant une entité autonome, pour devenir un Service de consultation d'urgence pour malades à domicile et un Service de traitement. Les malades qui se présentent avec des problèmes à la clinique d'urgence de l'hôpital et qui vivent dans le secteur sont dirigés à la clinique pour une évaluation d'urgence, ou pour une tentative de traitement à domicile.

Au cours de la dernière année, la clinique s'est limitée à l'évaluation et au traitement de malades à domicile. En comparant en rétrospective les activités des trois dernières années, il est facile de constater qu'elle est devenue une unité d'évaluation et de traitement à domicile constituant un Service communautaire plutôt qu'un Service hospitalier, tel que le démontre le tableau II.

En 1962, 37,3 pour cent des malades traités à domicile avaient été dirigés par la clinique d'urgence de l'hôpital ; en 1963, 11,8 pour cent et en 1964 seulement 13,4 pour cent (tableau II). Les familles, les agences sociales et les omnipraticiens

de plus en plus ont fait appel à nos services. La tendance de la clinique à sortir de l'hôpital et à se rapprocher de la communauté est bien évidente. Il est intéressant de voir que les familles et les agences sociales recourent davantage à ces Services à mesure que la clinique est connue. Ceci souligne le besoin réel d'un tel Service et l'intervention immédiate évite ainsi le traitement tardif et les mesures coercitives, car beaucoup de ces malades, le plus souvent, ne seraient pas traités autrement (9).

Il fut nécessaire d'établir une classification qui reposait sur la nature du problème à la recommandation, ainsi qu'une distribution diagnostique dans le but de mieux évaluer les services rendus pour rendre possible une étude ultérieure comparative (tableau III).

La coopération du malade est souvent inadéquate à cause de la nature de la maladie ou du diagnostic, de la situation sociale et de malades sans médecin de famille. Les patients dangereux et les réactions schizo-phréniques sont les plus fréquents, environ 40 pour cent du total (tableau IV).

RÉSULTATS

Il est à prévoir que la communauté continuera à recourir de plus en plus aux services d'évaluation rapide, et il est possible de rendre ces services

à un secteur de la population par l'entremise d'une équipe psychiatrique.

Il est permis d'affirmer qu'un Service de soins psychiatriques à domicile est utile et semble être une indication pour une consultation psychiatrique qu'il est impossible d'effectuer au bureau du psychiatre ou dans une clinique d'hôpital. Les motifs qui expliquent cette incapacité peuvent être très variés et provenir d'une symptomatologie d'ordre psychologique, somatique ou social (tableau V). Toutefois, il est impossible d'affirmer avec certitude que l'une ou l'autre de ces catégories bénéficie davantage des services à domicile plutôt que d'autres formes de traitement, sauf quelques exceptions.

Par contre, il faut souligner les succès thérapeutiques obtenus dans le traitement d'affections psychiatriques très variées (tableau VI) et ils sont comparables à l'hospitalisation dans un Service psychiatrique.

Éliminer certaines catégories de malades comme inaccessibles à un traitement à domicile serait fallacieux et le pronostic de l'épisode aigu dépend de la qualité de la collaboration qui pourra s'établir avec le malade ou son entourage plutôt que de la nosologie.

Il est évident que certains groupes de malades comportent un mauvais pronostic autant à domicile qu'en milieu hospitalier ou à la clinique externe. Il en est ainsi, par exemple, des troubles

TABLEAU II

Sources de la recommandation des patients

SOURCE DE PATIENTS RECOMMANDÉS	1962	1963	1964	TOTAL
Urgence (Hôpital Notre-Dame).....	44	12	16	72
Clinique psychiatrique.....	1	1	6	8
Autres cliniques.....	4	5	3	12
Agences sociales.....	14	18	18	50
Clergé.....	6	1	2	9
Médecins praticiens.....	12	10	16	38
Patient lui-même.....	5	8	16	29
Famille.....	24	38	24	86
Police.....	5	5	12	22
Autres (employeur, agent thérapeutique).....	3	3	6	12
TOTAL.....	118	101	119	338

caractériels ou des perversions, des réactions schizophréniques chroniques, des réactions névrotiques chroniques de type hypocondriaque ou hystérique avec gains secondaires importants. Dans certains cas de schizophrénie chronique, troubles caractériels et de cas de gériatrie, il faut se demander si, dans l'état actuel de la psychiatrie,

une équipe polyvalente et mobile ne constitue pas le cadre idéal de leur traitement offrant un traitement immédiat, de même qu'une plus grande disponibilité que la clinique externe d'un milieu hospitalier. Toutefois, cette hypothèse repose sur les ressources d'hospitalisation rapide lorsque nécessaire aux moments de crise.

TABLEAU III

Nature du problème au moment de la recommandation

NATURE DU PROBLÈME D'APRÈS L'AGENT QUI RÉFÈRE	1962	1963	1964	TOTAL
1. Patient dangereux pour lui-même :				
a) Tentative de suicide	25	5	9	39
b) Auto-mutilation	3	—	—	3
c) Refus de s'alimenter	4	4	10	18
d) Refus de traitement (problème psychiatrique)	5	6	8	19
e) Refus de traitement (problème physique)	—	1	—	1
f) Autres : alcoolisme, etc.	6	6	9	21
TOTAL	43	22	36	101
2. Patient dangereux pour autrui :				
a) Psychose avec agitation ou délire	6	12	10	28
b) Troubles du comportement	9	12	20	41
TOTAL	15	24	30	69
3. Patient non dangereux :				
a) Cas aigus	26	9	6	40
b) Cas chroniques	31	35	28	94
TOTAL	57	43	34	134
4. Autres : (mauvaise référence, médicaments, problème inconnu)	3	12	19	34
GRAND TOTAL	118	101	119	338

TABLEAU IV

Distribution diagnostique

DIAGNOSTICS	1962	1963	1964	TOTAL
Réaction schizophrénique	41	34	30	105
Réaction dépressive	32	16	34	82
Réaction anxieuse avec ou sans mention de symptômes de conversion	17	26	22	65
Troubles caractériels	5	4	7	16
Syndromes organiques avec troubles psychiatriques	9	9	8	26
Pas de diagnostic	14	12	18	44
TOTAL	118	101	119	338

COMMENTAIRES

La clinique de soins à domicile est un complément par sa mobilité et sa disponibilité en offrant des moyens de contrôle et de surveillance. La nature polyvalente de l'équipe et son expérience de travail avec la famille du malade lui permettent d'apporter une aide spécialisée dans les cas où une meilleure compréhension de la dynamique

familiale et de soins de support intensifs à la famille sont indiqués. Enfin, la clinique rejoint des malades qui, pour des raisons variées, ne se rendent pas aux cliniques externes. Les services offerts représentent soit une consultation d'urgence avec orientation vers une autre forme de traitement, soit un traitement à domicile pour une période prolongée ou, finalement, un traitement temporaire suivi d'une autre forme de traitement.

TABLEAU V

Utilisation du traitement à domicile

DÉSIGNATION	1962	1963	1964	TOTAL
1. Incapacité à sortir de la maison :				
a) Pour malade psychiatrique	6	11	37	54
b) Pour malade physique	2	4	8	14
TOTAL	8	15	45	68
2. Patient s'objecte au traitement :				
a) Ne se croit pas malade (trop désorganisé)	2	9	7	18
b) Refuse de voir le médecin	2	8	13	23
c) Refuse de venir à l'hôpital	—	6	3	9
d) Trop désorganisé pour suivre recommandation	3	4	1	8
e) Refuse d'être hospitalisé	4	5	—	9
TOTAL	11	32	24	67
3. Patient insatisfait des traitements psychiatriques antérieurs	5	9	4	18
4. Patient accepte de voir travailleuse sociale ou même médecin, mais pas un psychiatre	2	3	1	6
5. Tentative de manipulation	6	8	3	17
6. Autres : (problème non précisé, présentement sous traitement, mauvaise recommandation)	8	14	4	26
GRAND TOTAL	40	81	81	202

TABLEAU VI

Evaluation globale (traitement à domicile)

	1962	1963	1964	TOTAL
Rémission complète	2	7	9	18
Amélioration modérée	10	13	17	40
Amélioration légère	5	17	15	37
Aucune amélioration	8	6	12	26
Autre forme de traitement jugée préférable	11	29	22	62
Aucune évaluation	4	9	6	19
TOTAL	40	81	81	202

Cette forme de traitement est donc une extension de la clinique psychiatrique vers la communauté qui va rejoindre le malade dans son milieu familial (9). En d'autres circonstances, elle est un substitut à une hospitalisation et devient une équipe expérimentée dans le traitement familial. Plusieurs malades sont hospitalisés faute de moyens de contrôle dans le cadre d'un traitement externe et chez un bon nombre de ces malades, il devient possible d'éviter l'hospitalisation en apportant des moyens de contrôle au moment de la phase aiguë. Les accès psychotiques aigus, habituellement traités en milieu hospitalier, peuvent l'être dans le cadre de la clinique à domicile pour, ensuite, se continuer par des visites à l'hôpital.

De bons résultats dans le traitement à domicile sont souvent obtenus (tableau VII) dans les épisodes psychiatriques aigus lorsque la famille désire l'hospitalisation et qu'un membre de la famille a une relation profonde avec le malade. L'apparition d'un symptôme nouveau ou l'exacerbation d'un symptôme ancien incite naturellement à réclamer l'hospitalisation de tels malades. Souvent lorsqu'une demande d'hospitalisation retarde, il y a moyen de contrôler l'épisode aigu à la grande satisfaction de la famille. Quant aux psychotiques chroniques, les schizophrènes chroniques, les séniles et les arriérés mentaux hospitalisés pour des périodes prolongées, ils apparaissent comme d'excellents candidats à un traitement à domicile si un membre de la famille est personnellement attaché à eux.

TABLEAU VII

Durée du traitement (traitement à domicile)

DURÉE DU TRAITEMENT	1962	1963	1964
Moins d'un mois.....	2,5%	28,30%	33,30%
De un mois à trois mois.....	42,5%	11,10%	26,00%
De trois à six mois.....	30,0%	22,20%	16,00%
De six à neuf mois.....	20,0%	13,50%	4,00%
De neuf à douze mois.....	5,0%	19,70%	8,60%
Plus d'un an.....	—	6,10%	12,10%

Cette observation est intéressante puisqu'elle permet de constater que le traitement à domicile peut éviter une hospitalisation prolongée (17).

Il semble de prime abord surprenant que des attitudes apparemment opposées de l'entourage conditionnent une amélioration dans les cas de psychoses nettement chroniques. Cette opposition en fait n'est qu'apparente car le parent-clef a depuis longtemps fait preuve de son attachement au malade. Lorsque l'hospitalisation est réclamée, les défenses psychologiques du parent sont subitement menacées de s'effondrer parce que l'hostilité est dirigée vers le malade antérieurement protégé.

Si l'entourage manifeste une crainte exagérée du malade et des gestes qu'il serait susceptible de poser, le pronostic d'un traitement à domicile est réservé et l'hospitalisation est préférable. Le traitement à domicile paraît avoir peu de résultat chez les psychotiques aigus que la famille désire maintenir à la maison, malgré la gravité de leur état et l'indication précise pour hospitalisation.

La clinique de soins à domicile n'est encore utilisée que de façon très limitée, qu'il s'agisse de consultations d'urgence ou de traitement à domicile (3). Il est évident que de nombreux facteurs sont en cause et il faut souligner entre autres la possibilité de recourir à d'autres ressources communautaires, le caractère relativement nouveau et expérimental de ce cadre de traitement peu utilisé, la tendance à recourir à des méthodes qui ont fait leur preuve en psychiatrie et le chevauchement entre les activités des différents Services au sein d'une unité psychiatrique d'hôpital général. Dans un programme de planification, il faudrait diffuser auprès du public médical et de la communauté les activités d'un tel Service et les étendre à plusieurs centres. Dans le domaine de la posture, où le médecin de famille devient un allié essentiel, il faut se rendre à l'évidence qu'un grand nombre de malades ne consultent pas régulièrement un médecin et les cliniques externes des hôpitaux ne sont pas en mesure d'assumer cette responsabilité. Pour résoudre ce problème, la collaboration d'omnipraticiens intégrés à l'équipe est nécessaire, surtout dans le but de donner aux problèmes somatiques l'attention continue tout en apportant une aide psychothérapeutique.

CONCLUSIONS

L'expérience de ce Service ne peut être considérée comme recherche que par une interprétation très large du terme et cela en envisageant la psychiatrie comme un système socio-culturel. Le Service à domicile suggère forcément des modifications nécessaires dans tout le système de la psychiatrie et les plus importantes à la suite de ces observations peuvent servir de conclusions (13).

D'abord le Service de traitement à domicile rejoint une forte proportion de personnes qui, autrement, ne recevraient aucun traitement, malgré la gravité de leur maladie. Ensuite, la coopération et la motivation du patient ne sont pas aussi essentielles au traitement que l'affirme l'opinion scientifique contemporaine.

L'emploi des services connexes comme les agences sociales favorise le succès du traitement. Toutefois, devant l'incapacité d'une agence à répondre efficacement à des besoins spécifiques, il faut reconnaître la nécessité d'une meilleure coordination à ce niveau. Le Service à domicile sans agences sociales et sans service de bien-être ou médical n'apportera certainement que des résultats limités, comme d'ailleurs les hôpitaux sans soins domiciliaires ou les cliniques sans programme de réhabilitation. Finalement, une meilleure compréhension de la famille en tant qu'institution sera requise dans un avenir prochain. Le terme consacré « crise familiale » est sans signification précise et mériterait une définition plus scientifique. Le psychiatre, dans le but de poursuivre le traitement, doit supporter la famille, gagner sa confiance et, même souvent, modifier ses attitudes personnelles pour les adapter aux vues de la famille.

La situation aiguë qui découle d'un processus psychotique ou un appel d'urgence doit se comprendre comme une communication entre le patient et son milieu. La crise qui traduit la détresse du patient malgré son apparence négative constitue un appel pour de l'aide. Cette expérience porte à croire que la famille, souvent, a fait appel au Service avec le désir plus ou moins

exprimé d'avoir un témoin à la situation critique. Le psychiatre devient alors un agent de « temporisation » ou témoin par sa seule présence physique, que son rôle soit actif ou non. Les crises répétées apparaissent comme un moyen de résoudre les difficultés devant une personne de l'extérieur qui ne portera pas de jugement moral.

La dynamique familiale se déroulerait ainsi dans le but d'explorer des moyens d'intégration et de maturation, car si un individu recherche l'attention, le même phénomène peut se produire pour une famille entière, ce qui explique les visites ou les téléphones nombreux requis dans certains cas. Il faut répéter que le rôle du psychiatre est modifié par la visite à domicile car le patient est l'hôte et le psychiatre le visiteur, contrairement à la situation traditionnelle.

L'emploi de manipulations dans ce contexte acquiert le « respect d'une prescription sociale » qui peut se faire avec la communication établie entre la famille et le psychiatre (5).

Enfin, l'emploi de la clinique comme instrument d'enseignement s'est avéré encourageant. Le désir et l'enthousiasme de l'étudiant en médecine de même que la réaction du médecin en formation psychiatrique permettent d'affirmer la nécessité d'inclure cette technique dans les programmes d'enseignement. Sans l'expérience en psychiatrie sociale le psychiatre ne peut considérer sa formation comme complète et la tradition psychanalytique avec son insistance sur la relation et le traitement individuel modifie graduellement ses vues devant la réalité psychiatrique (4 et 16).

L'objectif primordial est d'établir une alliance thérapeutique le plus tôt possible, mais avant d'en définir les principes une connaissance meilleure devra être acquise par une recherche plus poussée. La clinique de soins à domicile constitue un domaine peu exploité dont le matériel clinique pourrait préciser certains paramètres de la psychiatrie sociale.

Nous désirons remercier les nombreux collaborateurs qui ont joué un rôle actif au cours de ces dernières années. En particulier, nous sommes reconnaissants à nos travailleuses sociales M^{lles}

Denyse Daunais, Rose-Marie Mercier ; notre psychologue M^{lle} Lise Roquet ; nos infirmières de la Société des Infirmières visiteuses, M^{lles} Renée Rivard, Claire Bélanger, Doris Custaud et Jeanette Lapointe. Nous rendons hommage à nos secrétaires M^{lles} Huguette Richard et Nicole Roy qui ont eu à assumer de lourdes responsabilités.

RÉSUMÉ

Cette communication a pour but de décrire les activités de trois années d'un Service de traitement psychiatrique à domicile, attaché à l'unité psychiatrique d'un hôpital général. Une description détaillée de la méthode de travail et du rôle flexible de chacun des membres de l'équipe met en relief la mobilité et la polyvalence du Service. L'étude des activités et des principales caractéristiques des patients sous traitement permet de préciser les indications d'un traitement à domicile, mais n'apporte pas de conclusions définitives. Le Service est l'extension vers la communauté de la clinique externe et devient souvent un substitut à l'hospitalisation pour les affections aiguës ou chroniques en constituant une prévention importante. La collaboration de la famille est susceptible de s'accroître pour devenir efficace même si le patient présente une attitude négative, car la coopération du patient n'est pas aussi essentielle que l'affirme la pensée psychiatrique. Le rôle traditionnel du psychiatre est renversé et suscite une meilleure compréhension du milieu tout en favorisant une alliance thérapeutique. L'emploi de manipulations devient une prescription sociale respectable et la collaboration des agences sociales fait partie inhérente du traitement.

SUMMARY

The activities covering a three year period of a psychiatric home treatment are described. The Service is attached to a psychiatric unit of a general hospital. A detailed account of the working method and the flexible role of each members of the team is given with the emphasis on the mobility and polyvalent aspect of its func-

tions. Precise indications for treatment are drawn from this experience through the actual case load but definitive conclusions are unwarranted at the moment.

The Service is an extension of the hospital in the direction of the community becoming frequently a substitute for hospitalization of either acute or chronic conditions and constituting an important preventive measure in the field of public health. In spite of an initial negative attitude of the patient, the co-operation of the family can be gained forming a therapeutic ally in the treatment. Non collaborative or unwilling patients respond to this approach and may be treated successfully. The traditional role of the psychiatrist is reversed by his visit into the home and the psychiatric techniques are modified to become more directive. The use of manipulation becomes a social prescription and the active participation of the social agency is required. Conclusions drawn to recommend its inclusion in a general planification for the establishment of psychiatric facilities.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAARS, C. W., The Amsterdam plan, *Ment. Hosp.*, 10 : 18-19, 1959.
2. BARTON, W. E., The future of the mental hospital : the portent of some current emphasis, *Ment. Hosp.*, 13 : 368-369, 1962.
3. BROWN, B. S., Home visiting by psychiatrists, *Arch. Gen. Psychiat.*, 7 : 98-107, 1962.
4. CHRZANOWSKI, I., Community mental health : socio-cultural submission or preventive psychiatry, *Communication à l'Academy of psychoanalysis*, New-York, (déc.) 1964.
5. FRIEDMAN, T. T., et al., Home treatment of psychiatric patients, *Amer. J. Psychiat.*, 116 : 807-809, 1960.
6. GARDNER, A. E., et al., All psychiatric experience in a community, *Arch. Gen. Psychiat.*, 9 : 369-378, 1963.
7. GREENBLATT, M., et al., The prevention of hospitalization, *Grune & Stratton*, New-York, 1963.
8. LEMKAU, P. V., et CROCETTI, G. M., The Amsterdam municipal psychiatric service : a psychiatric-sociological review, *Amer. J. Psychiat.*, 117 : 779-83, 1961.
9. LEWIS, F. A., Community care of psychiatric patients versus prolonged institutionalization, *J. A. M. A.*, 182 : 323-326, 1962.
10. MACMILLAN, D., Mental health services of Nottingham, *Int. J. Soc. Psychiat.*, 4 : 5-9, 1958.
11. MICKLE, J., Psychiatric home visits, *Arch. Gen. Psychiat.*, 9 : 379-383, 1963.
12. MOORE, R. F., et al., Explorations in alternatives to hospitalization, *Amer. J. Psychiat.*, 119 : 560-569, 1962.

13. PERRY, E. S., Home treatment and the social system of psychiatry, *Psychiatry*, 26 : 54-64, 1963.
 14. QUERIDO, A., Early diagnosis and treatment services, *World Ment. Health*, 8 : 189-189, 1956.
 15. RAND, S., Community psychiatric services in a rural area, *Canad. J. Public Health*, 51 : 407, 1960.
 16. ROSENBAUM, M., et ZWERLING, I., Impact of social psychiatry, *Arch. Gen. Psychiat.*, 11 : 31-39, 1964.
 17. SCHWARTZ, D. A., *et al.*, Use of home visits for psychiatric evaluation, *Arch. Gen. Psychiat.*, 3 : 57-65, 1960.
 18. SPRINGARN, N. D., The Worthing experiment, *Ment. Hosp.*, 10 : 24-29, 1959.
 19. WARNER, S. L., *et al.*, The Philadelphia program for home psychiatric evaluations, pre-care, and involuntary hospitalization, *Amer. J. Public Health*, 52 : 29-38, 1962.
-

VICHY CÉLESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE, PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS.

FOIE, VOIES BILIAIRES
VOIES DIGESTIVES
ÉQUILIBRE DE LA
NUTRITION

LE TONIQUE MINÉRAL TOUT INDIQUÉ DANS LES SOINS POST-OPÉRATOIRES
A jeun, aux repas, au coucher

Méfiez-vous des substitutions
prescrivez **CÉLESTINS**

RECOMMANDÉE PAR
LE CORPS MÉDICAL
DANS LE MONDE ENTIER

Importateurs : HERDT & CHARTON, Inc., 2245, rue Viau, Montréal.

CORBICAL

"Le seul sirop de Calcium qui ne contient pas de sucre"

Calcium — Vitamine C et fluor

La formule de l'heure

Goût exquis — assimilation excellente

"Une forme pour chaque besoin"

CROISSANCE

GROSSESSE

ASTHÉNIE

ALLERGIE

Calcium buvable normal (ampoules 10cc)

Calcium buvable fort (ampoules 10cc)

Calcium injectable - indolore - (I.V. ou I.M.)

CALCIUM

(CORBIÈRE)



WELCKER & CIE LIMITÉE

Montréal 9 - Qué.

ART AND THERAPY* †

J. D. HACKETT,¹ Louise CIMON,²
St. Mary's Hospital, Montréal, Québec.

THOMPSON, Mrs. Mary
Age 32 — R. C.
Ste. Rose, Québec.
(Name and location fictitious.)

Diagnosis: Depressive reaction in a character disorder.

Referred: from Medical O.P.D. to Psychiatry, June 1963.

Presenting complaints:

1. « I don't know where I am going. »
2. « I can't concentrate, but I weather better if I am pregnant. » « However, you can't be pregnant for twelve months of the year. »
3. At times she gets the *shakes*, when she is upset. Especially as her husband works in town all week and is only home on the weekends.

History of pregnancies:

All her children, after the first, have been delivered often prematurely, two weeks to six months early, and frequently died. Patient has now had eleven children. Numbers 3, 7, 9 and 10 died. This second last child, number 10, by bleeding which ultimately required a dilatation and curettage for which she was admitted the evening of February 12th, 1964, Ash Wednesday.

Since then patient has had a baby girl in January, 1965, in St. Mary's Hospital. The baby weighed 6 lbs. 10 ozs. at 8½ months. She was breast fed and much wanted. Mother says this baby is more active and more noise sensitive and responsive than the others. Her husband is working hard during the week and is helping more with the children on the week-ends now.

Like herself, her children are all non-conformists. Patient believes very much in individuality and self-determination. Her husband also is reported to be independent, with separatist sympathies. He is intelligent and wrote poetry as a young man, which attracted her to him.

Family history:

Patient's father emigrated from Northern Europe. He has an aristocratic background. He was in the San Francisco Earthquake. He became a university professor and has in the past suffered with a severe depression. He married twice and had one daughter by his first marriage who became a nurse.

Our patient is the first born child, May 20th 1933, by his second marriage in 1932. She says that a boy would have been preferred.

Two years later, a boy was born with much rejoicing on the family's part, but their happiness turned to ashes on Ash Wednesday, 1936, when this boy, Joe, apparently quite healthy, died in his sleep. The patient's mother always blamed herself for not going to Church on that day. She was now age 44 and apparently had started her menopause. She became so depressed that she didn't recognize her daughter, our patient.

* Presented at the First Annual Convention of the Québec Psychiatric Association, Québec City, May 21-22, 1965.

† A paper based on this material was also presented at the IX Meeting of the Psychiatric Research Society (GWAN), Miami Beach, Florida, Dec. 17-19, 1965.

1. Assistant psychiatrist.
2. Art therapist.

In 1937, her mother made a pilgrimage to Our Lady of Lourdes Church and on May 10th, 1938, a son was born. She had no periods in between and her doctor did not believe she could be pregnant. For all concerned, it was the answer to her prayers.

This son, age 27, is now studying for a doctorate in Europe. He is especially interested in Russia. He is a teacher. Patient says that as a little girl, she was especially close to her father. Her mother was a school teacher before marriage and she says, she did not know much about the care of babies. Patient sees her father as an intelligent and prudent man. She used to watch his pipe smoke as a child. When she looks at trees or water, they remind her of this (figure 1). She would like her husband to be a teacher. When she was older, she became closer to her mother, especially when her young brother became closer



Figure 1. — The tree, Reminds the patient of the smoke coming thru her father's pipe, when they were both united.

to father. « We both have tempers and are not gregarious. »

Personal history :

Patient was born in Ontario on May 20th, 1933. She lived a quiet life as a child. She once rode a bull at the visiting circus, on a dare. She had shots, age 7, from the doctor who delivered her, and never liked him. However, she was close to a surgeon who was in an accident and could no longer operate. He tried to understand her.

She had her menarche, age 14, and became interested in boys. Later she was especially interested in a man who was involved in army affairs in Central America. (Her father was a special agent in the 1914-1918 war.) She went to the university at 18, and at that time, she was in a car accident and was very confused after with a poor recall for a year. There was concussion, but no evidence of subsequent damage.

She worked for the Bell Telephone Company and later as a saleslady for a downtown department store. Patient met her husband during these years. She liked him because he was sensitive and understanding. He liked to drive cars fast and live dangerously, but he also wrote poetry. They have four boys and four girls living.

Patient enjoys being pregnant. Having a child is like music and colour combined. She feels very close to God at such a time. While attending our clinic, she again got pregnant and then had her second miscarriage in a row. This miscarriage required a dilatation and curettage and took place February 12th, Ash Wednesday, 1964. At this time she became confused and for a while, she denied the loss of this child. She responded well to supportive therapy and a tranquillizer. Subsequently, patient became pregnant again. She very much wanted a girl.

In August, 1964, her therapist, Miss Andrée Larivière was unfortunately seriously injured in a car accident. The patient was transferred to the care of Dr. J. D. Hackett. With supportive psychotherapy and the overall management by



Figure 2. — Herself as « A child looking fearfully through the grass. »

the Obstetrical Department, we are pleased to report the arrival of a baby girl on January 11th, 1965, Véronique.

We feel that this patient's decision to come to St. Mary's Hospital had an inner dynamic meaning. But without the help of her paintings, the deep feelings involved would never have been revealed.

This patient's case history and paintings graphically illustrate the value of the non-directive technique employed by Professor Louise Cimon in our clinic.

Our patient paints more when she is most depressed and unable to communicate so fully in other ways.

The paintings helped to tide her over a pregnancy on minimal dosages of medication and enabled her to carry her last child until it weighed 6 lbs 10 ozs.

The theme of the tree is repeated several times in different ways. Father has frequently helped the present marriage through a crisis (figure 1).

It was through her painting of herself as a « Child looking through the grass » (figure 2) and the « Death coming to take her unborn child » (figure 3) that we learned of the double Ash Wednesday story.

The painting of the « Mother and Child » came just after Véronique's delivery (figure 4).

This patient's paintings most graphically and richly document her depression over the loss of her child in 1963, on the same date as her mother also lost an only son, with her subsequent recovery and joy with the birth of a girl this January. We are pleased to report that mother and baby are doing well and that she finds that these paintings helped her to re-integrate herself.



Figure 3. — Death coming to take her unborn child.



Figure 4. — Mother and child (her baby Veronica).

RÉSUMÉ

Une technique non directive est employée par le professeur Louise Cimon pendant ses sessions d'art thérapeutique. Depuis 1960, ceci fait partie du programme de traitement donné en la clinique externe de psychiatrie, à l'hôpital St. Mary's.

Les résultats obtenus, lorsqu'ils sont reliés par le psychothérapeute à l'histoire du patient, permettent souvent d'arriver rapidement à une compréhension profonde et dynamique du cas.

Les auteurs présentent une histoire de cas, avec quatre peintures de la patiente. Dans ce cas, la thérapie par la peinture a immédiatement aidé la patiente à surmonter, avec une dose minimum de médicaments, de sérieuses phases dépressives au

cours des premiers mois de sa dernière grossesse. Comme résultat, après une série d'avortements spontanés et d'accouchements prématurés, la patiente a donné naissance en janvier 1965, à une petite fille nommée Véronique, enfant née en parfaite santé et pesant six livres et dix onces.

En plus, après une discussion de ses toiles, la patiente a enfin pu parler du rejet que, dans son enfance, elle avait dû subir de la part de sa mère. Le Mercredi des Cendres 1936, la mère de la patiente perdait son premier fils. La patiente avortait spontanément le Mercredi des Cendres, 12 février 1964.

La grossesse subséquente de sa mère et la naissance d'un autre fils après ce qui semblait être une ménopause, à la suite d'un pèlerinage à la grotte de Notre-Dame-de-Lourdes, ont très certainement influencé le choix par notre patiente de notre hôpital et sa décision de nommer sa fille Véronique.

Les auteurs espèrent que cette communication encouragera les autres départements de psychiatrie des hôpitaux généraux à évaluer l'utilisation possible d'une thérapie par l'art comme une ressource additionnelle dans le traitement créatif.

Quatre reproductions des travaux de la patiente représentent :

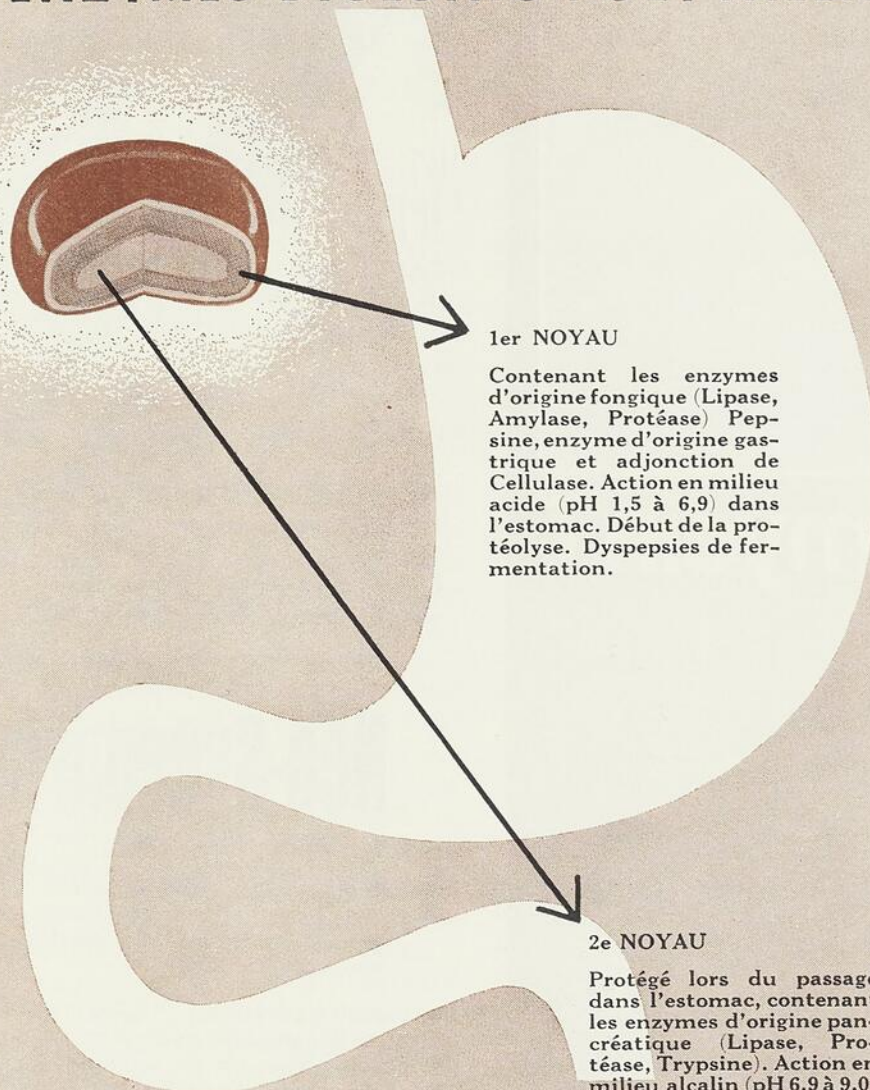
1. Un arbre, rappelant la fumée s'échappant de la pipe du père alors qu'enfant la patiente et son père étaient unis ;
2. Regard à travers l'herbe alors qu'enfant et déprimée.
3. La mort venant chercher son enfant le Mercredi des Cendres 1964 ;
4. La mère (la patiente) et son bébé Véronique.

REFERENCES

1. LOWENFELD, V., and LAMBERT, W., Creative and mental growth, 4th ed., *Brittain, MacMillan*, New York, 1964.
2. READ, H., Education throughout, new revised ed., *Faber and Faber*, London, 1958.

ENZY-PEPSOL

ENZYMES DIGESTIFS POLYVALENTS



1er NOYAU

Contenant les enzymes d'origine fongique (Lipase, Amylase, Protéase) Pepsine, enzyme d'origine gastrique et adjonction de Cellulase. Action en milieu acide (pH 1,5 à 6,9) dans l'estomac. Début de la protéolyse. Dyspepsies de fermentation.

2e NOYAU

Protégé lors du passage dans l'estomac, contenant les enzymes d'origine pancréatique (Lipase, Protéase, Trypsine). Action en milieu alcalin (pH 6,9 à 9,0) dans l'intestin duodénum et jéjunum. Dyspepsies de putréfaction.

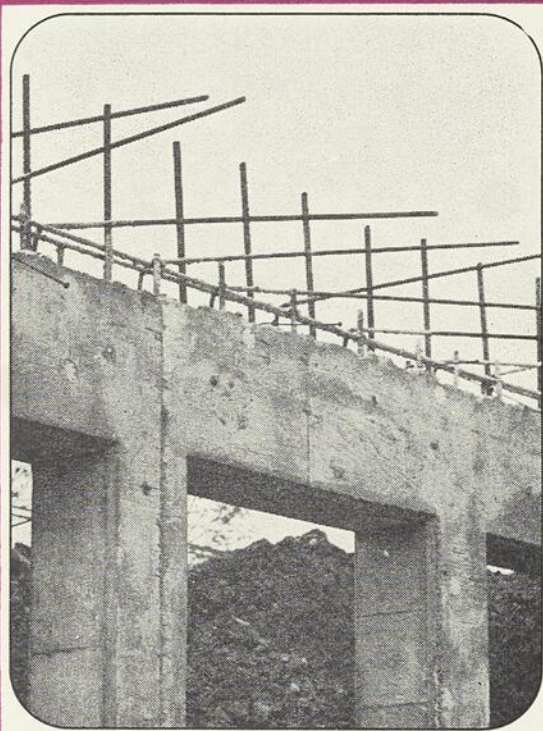
ASSURE UNE DIGESTION

GASTRO - DUODÉNO - JÉJUNALE PARFAITE

Posologie: 1 à 2 dragées aux repas.

Présentation: Flacons de 36, 100 et de 500 dragées.

Herdt & Charton Inc.
Montréal



Albamycin T

novobiocin-tétracycline

**tétracycline activée
pour réaliser une
efficacité antibactérienne
maximum**

	Tétracycline	Albamycin T
Staphylocoques	69.0%	98.3%
Streptocoques	85.2%	96.8%
D. pneumoniae	97.4%	98.2%
H. influenzae	98.1%	100.0%
E. coli	69.6%	77.2%
Pseudomonas	29.2%	43.2%
A. aerogenes	57.1%	70.2%
K. pneumoniae	40.3%	55.1%
Proteus	17.3%	68.3%
Total*	63.2%	85.6%

*Pourcentages basés sur le nombre total de souches essayées dans 17 hôpitaux généraux canadiens. Tétracycline: 6867 souches essayées; 4337 étaient sensibles. Albamycin T: 7424 souches essayées; 6353 étaient sensibles.

Présentation: forme capsules, en flacons de 16 et de 100 capsules; granulé aromatisé, en flacons de 40 et de 60 c.c. (après solubilité).

MARQUE DÉPOSÉE: ALBAMYCIN CF 3512.1
THE UPJOHN COMPANY OF CANADA/ DON MILLS (TORONTO) ONTARIO

Upjohn



Si Cyrano avait su ... Néo-Synéphrine

marque de chlorhydrate de phényléphrine

Cyrano de Bergerac était un être sensible. Il aurait grandement apprécié la douce action efficace de la NÉO-SYNÉPHRINE pour libérer les conduits enchifrenés de son appendice nasal.

Le vaporisateur nasal NÉO-SYNÉPHRINE apporte une décongestion sûre et rapide des muqueuses nasales assurant un soulagement des symptômes de la fièvre des foins, du rhume de cerveau et de la sinusite. La première pulvérisation libère les voies aëriennes et fait cesser la respiration par la bouche. La seconde pulvérisation, à quelques secondes d'intervalles, libère les sinus et facilite l'écoulement. La rhinorrhée régresse.

POUR ADULTES NÉO-SYNÉPHRINE ANTIHISTAMINIQUE SOLUTION À ¼% dans un pulvérisateur de plastique de 20 ml et en flacons compte-gouttes de 30 ml.

POUR ENFANTS: NÉO-SYNÉPHRINE PÉDIATRIQUE, SOLUTION À ¼% dans un pulvérisateur de plastique de 20 ml et en flacons compte-gouttes de 15 ml.

Laboratoires *Winthrop*
MONTRÉAL AURORA VANCOUVER

ANALYSES

Julio E. FIGUEROA, Antonio RODRIGUEZ-ANTUNEZ, Satoru NAKAMOTO et Willem J. KOLFF. **The scintigram after renal transplantation in man.** (Le scintigramme après transplantation rénale chez l'homme.) *New Engl. J. Med.*, **273** : 1406, 1965.

Après transplantation rénale venant d'un cadavre comme donneur, on observe généralement la production d'urine après quelques minutes. Toutefois, une phase d'oligurie suit généralement et il est important de pouvoir vérifier si le rein transplanté est vivant ou s'il doit être enlevé.

A cause de l'affinité du mercure pour les cellules tubulaires rénales, la distribution de Chloromerodrin (Hg^{203}) dans le rein peut-être étudiée par scintigramme.

Le présent travail rapporte les résultats de scintigrammes rénaux obtenus dans 32 cas de greffe rénale dont 27 à partir de cadavres donneurs. Les tracés ont été obtenus pendant les phases oligurique et diurétique et après retour à une fonction normale.

L'absence de captation par le rein est due à une occlusion artérielle, à la mort cellulaire ou à un dommage transitoire aux cellules tubulaires par anoxie ou toxines. Un scintigramme positif obtenu immédiatement après transplantation ne signifie pas que la nécrose des cellules tubulaires ne se produira pas ultérieurement car il existe un délai entre le début et l'installation complète des changements morphologiques et enzymatiques.

Cette méthode aide à préciser le diagnostic dans la phase oligurique après allotransplantation rénale et elle permet de recourir moins fréquemment à l'artériographie, à la biopsie rénale, à la cystoscopie et à la pyélopophie rétrograde qui ne sont pas sans danger.

Fernand LABRIE

Martin SARNER et Margaret D. CRAWFORD. **Ruptured intracranial aneurysm.** (L'anévrisme intracrânien rupturé.) *Lancet*, **II** : 1251, (déc.) 1965.

La rupture de l'anévrisme intracrânien se rencontre plus communément chez les gens d'âge

moyen que chez les jeunes. Plusieurs auteurs ont soulevé le problème de l'artériosclérose cérébrale dans la pathogénie des anévrismes rupturés, artériosclérose que l'on retrouve aussi, sauf dans de rares cas, au niveau des coronaires et de l'aorte.

Les auteurs font l'étude de 106 cas d'anévrisme intracrânien chez 106 patients âgés de moins de 60 ans. Vingt de ces patients ont une histoire d'hypertension et trois ont des symptômes d'angine ; treize malades souffrent d'une pathologie rénale et seize autres d'une maladie pulmonaire chronique. A l'électrocardiogramme, soixante et un des cent six patients ont des modifications non spécifiques, onze ont une hypertrophie ventriculaire gauche et quatre des signes probables d'ischémie.

Des trente-cinq patients qui décédèrent dans les six mois suivants leur première période d'hémorragie, vingt ont eu une autopsie et, parmi eux, huit avaient une maladie occlusive des artères coronaires.

Donc, de par l'étude, soit clinique, soit pathologique, on peut établir que soixante-quinze patients présentaient des signes de maladie cardiovasculaire et rénale en plus de leur pathologie intracrânienne. Ceci appuie bien l'hypothèse de Crawford à savoir qu'il y a trois principaux facteurs dans la pathogénie de l'anévrisme intracrânien rupturé — un défaut de développement de la média, l'artériosclérose et l'hypertension — et que l'importance relative de chacun de ces facteurs varie avec l'âge et d'un cas à l'autre. Il est intéressant aussi de noter la fréquence des maladies pulmonaires associées puisqu'il est possible que la toux chez un sujet prédisposé soit un facteur déclenchant de la rupture.

Blaise AUDET

D. A. L. OWEN et C. D. MARSDEN. **Effect of adrenergic β -blockade on parkinsonian tremor.** (L'effet du blocage adrénérique β sur le tremblement parkinsonien.) *Lancet*, **II** : 1259, (déc.) 1965.

La tension émotionnelle de même que l'administration d'adrénaline augmentent le tremblement

parkinsonnien. Comme la phentolamine n'abolissait pas l'augmentation du tremblement à la suite d'injection d'adrénaline, les auteurs ont essayé des antagonistes adrénérgiques β soit le pronéthanol et le propranolol. Ils ont fait des études expérimentales chez six parkinsonniens et des études cliniques chez dix-huit autres, basées sur l'importance du tremblement calculé par un accéléromètre angulaire.

Ils ont trouvé que les antagonistes adrénérgiques β abolissent l'augmentation du tremblement parkinsonnien produit par l'injection d'adrénaline de même qu'ils diminuent qu'une façon significative le tremblement spontané. Cette action est en relation avec la dose administrée et variable d'un sujet à l'autre. Chez les patients qui ont répondu à la médication, la réponse excède celle produite par les antiparkinsonniens d'usage.

Le fait que les antagonistes adrénérgiques β n'agissent pas uniformément sur le tremblement spontané mais qu'ils abolissent invariablement l'augmentation du tremblement produit par l'adrénaline laisse supposer que l'augmentation du tremblement lors du *stress*, qui se produit même après blocage, n'est pas dû seulement à l'augmentation de l'adrénaline endogène circulante, mais qu'elle serait aussi sous la dépendance d'un mécanisme nerveux central. Ce mécanisme central, bien qu'inconnu, serait, selon certains auteurs, dû à des influences corticofuges sur la formation réticulée.

Blaise AUDET

Sylvia D. GRANT, Peter H. FORSHAM et V. C. DIRAIMONDO. **Suppression of 17-hydroxycorticosteroids in plasma and urine by single and divided doses of triamcinolone.** (Suppression des 17-hydroxycorticostéroïdes plasmatiques et urinaires par une dose unique et par des doses fractionnées de triamcinolone.) *New Engl. J. Med.*, **273** : 1115, (18 nov.) 1965.

Après avoir déterminé que huit mg était la dose la plus importante de triamcinolone qui, prise le matin à 8 heures, ne causait pas de suppression persistante de l'activité surrénalienne, on a procédé à une étude du fractionnement de cette dose.

Six patients ont d'abord pris une dose unique (huit mg) de triamcinolone à 8 heures a.m. pendant huit jours, puis, après récupération, ont reçu une dose de deux mg quatre fois par jour pendant la même durée. La dose unique n'a produit aucun

changement dans les valeurs des 17-hydroxycorticostéroïdes plasmatiques. Par contre, les taux urinaires des 17-hydroxycorticostéroïdes ont été trouvés abaissés durant le jour mais non durant la nuit. L'administration de quatre doses quotidiennes a au contraire provoqué une diminution appréciable du niveau plasmatique des 17-hydroxycorticostéroïdes. De plus, le taux d'excrétion urinaire de ces stéroïdes s'est montré diminué durant toute la durée des 24 heures.

La suppression hypophyso-surrénalienne peut donc être rendue moins sévère par l'administration intermittente, ayant lieu le matin seulement, des corticoïdes ; de cette façon, la sécrétion d'ACTH, durant les premières heures du matin suivant, n'est pas supprimée. Par ailleurs, l'administration intermittente de corticoïdes apparaît valable comme thérapeutique anti-inflammatoire parce que le maintien de hauts niveaux de corticoïdes ne semble pas nécessaire pour cette action anti-inflammatoire.

Georges PELLETIER

Neil McINTYRE, C. D. HOLDWORTH et D. S. TURNER. **Intestinal factors in the control of insulin secretion.** (Facteurs intestinaux dans le contrôle de la sécrétion d'insuline.) *J. Clin. Endocr.*, **25** : 1317, 1965.

On sait que le glucose administré *per os* disparaît plus rapidement de la circulation que le glucose injecté par voie intraveineuse. Des auteurs ont démontré que l'administration orale d'une certaine quantité de glucose, mais non l'injection intraveineuse d'une même quantité, accélérât le taux de disparition d'une charge subséquente de glucose. On a émis comme hypothèse la présence d'un mécanisme insulino-génique dans le duodénum ou la région hépatique.

Aux patients étudiés, normaux et pourvus d'une dérivation portocave, on a administré du glucose par tubage jéjunal et par injection intraveineuse et on a déterminé en même temps les valeurs du glucose et de l'insuline plasmatiques.

Durant des infusions lentes de glucose dans le jéjunum, les taux de glucose artériel ont toujours été plus bas que ceux obtenus dans les infusions intraveineuses administrées au même rythme. Cependant, les infusions jéjunales ont produit des niveaux plasmatiques d'insuline beaucoup plus élevés que les infusions intraveineuses. Des infusions plus rapides ont davantage mis ce phéno-

MARRO-DAUSSE

MAINTENANT PRÉSENTÉ SOUS FORME DE DRAGÉES



LA PRÉPARATION LA PLUS
RICHE EN VITAMINES
"P" NATIVE

11,000 γ

DE VITAMINE P PAR CC. DE
SOLUTION OU PAR DRAGÉE

4 FORMES



DRAGÉES



POMMADE



SUPPOSITOIRE



SOLUTION

HÉMORROÏDES

CRISES HÉMORROÏDAIRES AIGÜES
TRAITEMENT D'ENTRETIEN
VARICES • PHLÉBITES

ET TOUS LES TROUBLES CIRCULATOIRES VEINEUX
FRAGILITÉ CAPILLAIRE • ENGELURES

Posologie: 1 ou 2 dragées deux ou trois fois par jour, aux repas.

Présentation: Solution: Flacons de 1 oz. et 4 oz.

Pommade: Tubes de 40 grammes avec canule spéciale.

Suppositoires: Boîte de 10 suppositoires.

Dragées: Flacons de 50, 100 et 500 dragées.

Echantillon et documentation sur demande.

Préparé par les LABORATOIRES DAUSSE, Paris, France
Représentants exclusifs au Canada:

Herdt & Charton Inc.

2245, RUE VIAU • MONTRÉAL

Maîtriser l'hémorragie

sans troubler
l'équilibre endocrinien

... quand vous abritez les capillaires avec le

DUO-C.V.P.[®]

avortement habituel ou imminent

Le Duo-C.V.P. augmente la viabilité fœtale en enrayant l'extravasation capillaire qui risque de provoquer le détachement prématuré du placenta.^(1,2,3)

ménorrhagie

Le Duo-C.V.P. diminue la perte de sang en corrigeant la fragilité capillaire ordinairement liée à la ménorrhagie habituelle de l'ovulation. Les malades manifestent souvent l'amélioration de leur bien-être et leur aptitude à se livrer à une activité normale.^(4,5,6)

incompatibilité du Rh

Le Duo-C.V.P. aide à prévenir les fuites capillaires qui favorisent la pénétration de la circulation maternelle par les érythrocytes du fœtus, cause principale des difficultés engendrées par l'immunisation du facteur Rh.^(7,8,9,10)

saignement profus du postpartum

Le Duo-C.V.P. atténue le saignement et le suintement capillaires en conservant intacts la charpente et la fonction de ces vaisseaux.⁽¹⁾

Formule par capsule:

Composé bioflavonoïde
d'agrumes 200 mg
Acide ascorbique (C) 200 mg
Flacons de 50, 100 et 500.

En outre: Duo-C.V.P. et vitamine K en capsules; C.V.P. en capsules; C.V.P. et vitamine K en sirop.

Dose courante: Une capsule Duo-C.V.P. t.i.d.

References: 1. Taylor, F. A.: West. J. Surg. Obstet. & Gynec. 64: 280, 1956. 2. Pearse, H. A. & Trisler, J. D.: Clin. Med. 4:1081, 1957. 3. Ainslie, W. H.: Obstet. & Gynec. 13:185, 1959. 4. Cohen, J. D. & Rubin, H. W.: Curr. Ther. Res. 2:539, 1960. 5. Prueter, G. W.: Appl. Therapeutics 3:351, 1961. 6. Clemetson, C. A. B. & Blair,

L. M.: Am. J. Obstet. & Gynec. 83:1269, 1962. 7. Rogers, G. C. & Fleming, J. M.: West. J. Surg. Obstet. & Gynec. 63:386, 1955. 8. Jacobs, W. M.: Surg. Gynec. & Obstet. 102:233, 1956. 9. Jacobs, W. M.: Surg. Gynec. & Obstet. 110:33, 1960. 10. Jacobs, W. M.: Obstet. & Gynec. 25:648, 1965.

ARLINGTON-FUNK LABORATORIES

div. U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd.

C.P. 779, Montréal 3, Québec

mène en évidence. Des constatations identiques ont été trouvées chez les patients pourvus d'une dérivation portocave.

Les observations chez les patients pourvus d'une dérivation portocave démontrent que le passage au préalable du glucose dans le foie n'est pas essentiel pour augmenter la sécrétion d'insuline. L'explication la plus vraisemblable est la libéra-

tion par la paroi intestinale d'une substance humorale lors d'ingestion de glucose ; ce facteur agirait de concert avec une hausse de la glycémie pour stimuler la sécrétion d'insuline. Certains auteurs ont isolés de la paroi gastro-intestinale une substance hypoglycémiant, nommée sécrétine.

Georges PELLETIER

REVUE DES LIVRES

Les syndromes myo-thyroïdiens, par P. KISSEL, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, P. HARTEMANN, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Nancy, médecin des hôpitaux, et M. DUC, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, assistant des hôpitaux. Un volume de 16×24 de 168 pages, avec 9 figures : 25 f. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Les auteurs proposent dans cette monographie, une conception d'ensemble des syndromes myo-thyroïdiens fondée sur des données cliniques, expérimentales et pathogéniques. On sait, depuis fort longtemps, que des symptômes musculaires graves peuvent être quelquefois constatés au cours de l'évolution d'une hyperthyroïdie ou d'une insuffisance thyroïdienne. Mais quels sont les rapports qui unissent cette pathologie musculaire au désordre endocrinien ? Il est difficile de répondre, d'autant plus que la rareté des syndromes myo-thyroïdiens cliniques ne favorise pas leur étude physio-pathologique. Le problème pathogénique s'éclaire, toutefois, si l'on peut prouver qu'un dysfonctionnement thyroïdien, même minime, entraîne constamment des altérations musculaires. Les auteurs se sont attachés à cet aspect de la question. Ils ont étudié systématiquement un certain nombre de patients, en utilisant, en particulier, la technique de l'enregistrement graphique du réflexe achilléen, méthode fort simple, dont ils soulignent l'intérêt clinique et précisent la signification pathologique. Les modifications constantes du réflexogramme achilléen en pathologie thyroïdienne apportent la preuve que le muscle est toujours fonctionnellement atteint quand existe un déséquilibre hormonal. On peut en conclure que les syndromes myo-thyroïdiens ne sont pas des faits cliniques isolés mais sont seulement l'expression majeure d'une altération musculaire qui, pour être souvent infraclinique, existe cependant toujours. Par quel mécanisme le dérèglement sécrétoire thyroïdien est-il capable de retenir sur le fonctionnement du muscle strié ? Il n'est pas possible de donner une réponse définitive à cette question : de nombreux facteurs entrent en jeu et sont étudiés tour à tour. Mais, en conclusion, il est indiscutable que la thyroxine

intervient au premier plan dans le métabolisme énergétique musculaire et que les variations, en plus ou en moins, du taux de cette hormones sont directement responsables des manifestations musculaires des dysthyroïdies.

L'ouvrage comporte quatre parties. Dans la première sont exposées les notions classiques concernant les syndromes myo-thyroïdiens proprement dits : syndromes myo-basedowiens et myo-hypothyroïdiens, myasthénie et paralysie périodique thyrotoxiques.

Puis sont analysées les données du réflexogramme achilléen, examen dont les auteurs ont une importante expérience personnelle qu'ils confrontent avec les résultats publiés dans la littérature médicale.

Entre les aspects extrêmes des atteintes musculaires d'origine thyroïdienne, existe une chaîne de faits cliniques, électro-myographiques, histologiques, biologiques et expérimentaux, dont l'étude constitue la troisième partie de l'ouvrage. Cette étude permet de conclure à l'unité des manifestations musculaires des dysthyroïdies.

Les derniers chapitres sont consacrés à l'étude physiopathologique. Les multiples facteurs capables d'intervenir dans l'apparition d'un syndrome myo-thyroïdien sont passés en revue et le rôle primordial de l'excès ou de la carence de l'hormone thyroïdienne elle-même est mis en évidence.

Une bibliographie de 705 références complète cette monographie et un index bibliographique lui fait suite : il permet au lecteur de trouver rapidement les références classées par sujets traités.

Les réactions inflammatoires et leur dynamique — *Biologie - Pathologie - Pharmacodynamie*, par A. POLICARD, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. Un volume 16,5×24,5 de 228 pages, avec 14 figures : 36 f. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Connues depuis l'origine la plus lointaine de la médecine, les réactions inflammatoires demeurent un des problèmes fondamentaux de la pathologie. Leur connaissance a suivi l'évolution des techni-

“L’art de prescrire s’acquiert par la connaissance approfondie d’un seul médicament.”

BEAMISH, R.E.: J.A.M.C. 93:33, 1965

WARFILONE® (comprimés de warfarine sodique USP)
DANILONE® (comprimés de phénylindanedione BP)
DUFALONE® (comprimés de bishydroxycoumarine USP)

Trois anticoagulants oraux reconnus, disponibles maintenant à prix modiques

WARFILONE® Comprimés de warfarine sodique USP
2.5 mg (verts) 5 mg (jaunes) 7.5 mg (bleus) 10 mg (rouges)

Thérapie soutenue avec une dose quotidienne.

On atteint les niveaux thérapeutiques en 12 à 36 heures; la coagulation retourne à sa valeur initiale, 36 à 72 heures après l’arrêt du traitement. La teneur est gravée sur chaque comprimé de couleur distinctive.

POSOLOGIE — Dose d’attaque: 40 à 60 mg. Dose d’entretien: 2.5 à 20 mg.

MISE EN GARDE — On a rapporté quelques cas d’éruptions cutanées et d’alopécie provisoire.

PRÉSENTATION — Flacons de 100 comprimés.

DUFALONE® (Dicumarol) Comprimés de bishydroxycoumarine USP 50 mg (roses) 100 mg (roses)

Le premier anticoagulant oral utile en clinique.

La plupart des médecins spécialisés dans l’emploi du DUFALONE le préfèrent aux autres anticoagulants. On atteint les niveaux thérapeutiques en 24 à 72 heures; la coagulation retourne à sa valeur initiale, 24 à 96 heures après l’arrêt du traitement. Conçus spécialement afin de libérer de très petites particules de substance active, les comprimés DUFALONE assurent une absorption uniforme.

POSOLOGIE — Dose d’attaque: 200 à 300 mg par jour; on peut la répéter le deuxième jour. Dose d’entretien: en général, 50 à 100 mg par jour.

PRÉSENTATION — Flacons de 100 comprimés.

DANILONE® Comprimés de phénylindanedione BP
25 mg (jaunes) 50 mg (blancs)

Facilite la surveillance du malade.

Après plus de quinze ans d’usage clinique, la DANILONE s’est révélée l’un des meilleurs agents anticoagulants disponibles. De durée moyenne, son effet est non-cumulatif. On atteint les niveaux thérapeutiques en 18 à 36 heures; la coagulation retourne à sa valeur initiale 24 à 48 heures après l’arrêt du traitement.

POSOLOGIE — La dose d’attaque peut varier mais en général elle est de 200 mg en doses fractionnées à 12 heures d’intervalle. Dose d’entretien: en général, 50 à 100 mg par jour.

MISE EN GARDE — La sensibilité au médicament se manifeste quelquefois sous forme d’éruptions cutanées, prurit, diarrhée, agranulocytose, fièvre, ictère et atteinte rénale. L’excrétion des dérivés de la DANILONE peut donner une teinte rouge orange aux urines alcalines. Ne pas confondre cette réaction avec une hématurie.

PRÉSENTATION — Flacons de 100 comprimés.

Pour contrôler le traitement aux anticoagulants, il importe de faire régulièrement des épreuves de coagulabilité. En cas d’hémorragie, on doit cesser immédiatement l’administration du médicament; au besoin, donner 10 mg de vitamine K₁. Il est rarement nécessaire d’augmenter cette dose.

Du nouveau de Ames
5 données uro-analytiques
de base en 30 secondes

LABSTIX

BÂTONNETS RÉACTIFS

Labstix

MARQUE DÉPOSÉE

l'analyse urinaire la plus complète possible au moyen d'un seul bâtonnet réactif

Les bâtonnets réactifs LABSTIX sont des guides, utiles dans bien des cas, pour faire un diagnostic différentiel. Un résultat "positif" inattendu peut vous aider à dépister, avant l'apparition de symptômes plus précis, un état pathologique caché; un résultat "négatif" peut vous permettre d'éliminer un grand nombre d'anomalies dans une gamme assez étendue. Les cinq régions d'épreuve colorimétrique sont:

- pH**— ces valeurs sont indiquées en chiffres à l'intérieur de la marge essentielle de pH 5 à pH 9.
- Protéine**—pourcentages (mg) qui vont des traces, jusqu'à 30, 100, 300 et plus de 1,000 mg %.
- Glucose**—donne une réponse affirmative ou négative quant à la déperdition de sucre dans l'urine.
- Cétones**—dépiste les corps cétoniques de l'urine à la fois sous forme d'acide acétoacétique et d'acétone.
- Sang occulte**—épreuve spécifique pour l'intégrité des globules rouges, de l'hémoglobine ou de la myoglobine.

Voici enfin un bâtonnet réactif transparent et rigide... qui facilite les épreuves urinaires. Excellent contraste de couleur rendu possible par la bande transparente et par des cartes colorimétriques précises, permettant des lectures exactes et qui peuvent être reproduites.

Présentation: Bâtonnets réactifs LABSTIX, en flacon de 100 (cartes colorimétriques avec chaque flacon).

Ames Company of Canada, Ltd.
Rexdale (Toronto) Ontario



AMES

CA-081F 65

ques et des conceptions biologiques. Mais certaines questions demeurent.

Comment s'expliquent ces réactions dans la situation actuelle des idées physiologiques? Comment se déroulent-elles dans une succession précise d'événements, depuis leur début jusqu'à leur terminaison? Comment peut-on comprendre cet enchaînement si régulier de processus paraissant si disparates, et cependant intimement liés?

Sur ces problèmes fondamentaux de la médecine de tous les temps, on possède aujourd'hui des vues nouvelles d'ordres biochimique et physiologique. Le but de ce livre est d'exposer ces vues, leur intérêt pour le médecin et aussi leurs lacunes. La foule des faits de détail qui s'accumulent rend nécessaire des exposés d'ensemble; qui regarde seulement la feuille ne voit par l'arbre ni la forêt. L'auteur s'est donc attaché à dessiner les grandes lignes de ces réactions et d'en faire une synthèse, valable pour le temps présent, et exposée en termes compréhensibles pour les non-spécialistes.

GRANDE DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. *Les réactions inflammatoires fondamentales.* — La phase initiale de l'inflammation. Les réactions vasculaires initiales. L'hyperhémie. La phase d'exsudation. La phase d'infiltration et de suppuration. La phase de réparation.

II. *Les variétés de réactions inflammatoires.* — Variétés de réactions inflammatoires suivant la nature des stimuli. — Influences des structures régionales sur les réactions inflammatoires. Quelques formes spéciales d'inflammation. Variétés des réactions inflammatoires suivant l'âge, la constitution et l'espèce. Facteurs influençant la marche des réactions inflammatoires. Régulation de l'inflammation. Conclusion. Signification générale de l'inflammation. Les méthodes pour l'étude expérimentale des réactions inflammatoires.

Index bibliographique. Table analytique.

La relation médecin-malade au cours des chimiothérapies psychiatriques, par P. BALVET, Th. KAMMERER, R. DIATKINE, P.-C. RACAMIER, P.-B. SCHNEIDER, P. PICHOT, P. BROUSSOLLE et P.-A. LAMBERT. Préface du professeur Jean DECHAUME. Comité lyonnais de recherches thérapeutiques ou psychiatrie. Un volume 16,5 x 24,5 de 222 pages, avec 3 figures : 32 f. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Le développement de la thérapeutique par les neuroleptiques, et secondairement par les anti-dépresseurs, a conduit à des résultats inespérés, et on a même parlé à ce propos d'une « ère nouvelle ».

Mais la période d'enthousiasme passée, les psychiatres ne sont trouvés aux prises avec la réalité du problème qui comporte deux faces, l'une indiscutable, qui est l'action spécifique du produit psychotrope, l'autre plus difficile à définir, qui est l'engagement relationnel réciproque du médecin et du malade dans l'acte de prescription, avec ce qu'il comporte de signification de part et d'autre, avec également son aspect de complémentarité de l'action spécifique du produit.

C'est ce dernier thème qu'il s'agissait d'aborder et qui n'avait encore jamais fait l'objet d'une mise au point collective. Ce livre, qui groupe des opinions venues d'horizons très divers, fourmille d'idées nouvelles tout en constituant une base de réflexion sur un problème très général, dont l'évolution va se poursuivre et s'étendre dans l'avenir. En effet, la mise en question de la relation thérapeutique ne concerne pas seulement la psychiatrie, mais toutes les disciplines dans lesquelles est reconnue la valeur du facteur humain en complément de la technique utilisée. A ce titre, l'ouvrage intéresse les médecins, spécialistes ou non, ainsi que les psychologues et tous ceux qui se sont posé la question de savoir pourquoi « la façon de donner vaut mieux que ce qu'on donne » . . .

Le livre est divisé en trois parties. La première concerne quatre rapports présentés par des auteurs faisant autorité en la matière. La seconde est réservée à des travaux très variées, mais qui spécifient un aspect plus particulier du problème. La dernière partie est totalement originale; elle reproduit une table ronde tenue par des médecins de formations diverses, universitaires, psychiatres d'hôpitaux spécialisés, psychanalystes, et aboutit à des conclusions importantes, puisqu'elles ont trait à la formation au métier de psychiatre.

GRANDES DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. *Rapports introductifs.* — Ébauche pour une histoire de la thérapeutique psychiatrique contemporaine, par P. BALVET. — Approche phénoménologique et psychodynamique des psychoses délirantes aiguës traitées par neuroleptiques majeurs, par Th. KAMMERER. — Médications et psychothérapies individuelles, par R. DIATKINE et Ph. PAUMELLE. — Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique, par P. C. RACAMIER et L. CARTIER.

II. *Communications.* — A la recherche d'une dynamique de la relation médecin-malade, par G. BOUCKSON. — Brèves remarques clinique et psychodynamiques sur les différents modes d'action des médicaments neuroleptiques, par C. CONTÉ. — La nature de l'effet placebo, par P. PICHOT. —

Psychothérapie et chimiothérapie ; point de vue du pharmacien d'hôpital, par L. REVOL et P. MATHIEU. — Chimiothérapie et assentiment du malade à la thérapeutique, par J.-M. SUTTER, Y. PÉLICIER, G. M. DELPRETTI et J.-C. SCOTTO. — Problèmes psychologiques soulevés par l'évaluation des effets médicamenteux en psychopharmacologie, par Cl. VAUTHIER. — Quelques aspects du médicament dans un contexte institutionnel, par H. VERMOREL, M. NIQUE, C. CARON, A. MEYLAN et G. BRETON. — Relation entre malade, chimiothérapeute et psychothérapeute dans les traitements bifocaux à l'hôpital, par J. BERGERET. — Remarques méthodologiques sur l'interprétation des modes d'expression de certaines drogues psychotropes, par A. GREEN. — Chimiothérapie et psychothérapie : réflexions à propos d'une expérience d'approche méthodologique du problème, par J. GUYOTAT, P. FEDIDA, P. MIRAILLET, R. et M.-P. REYSS-BRION et P. DUBOR. — Chimiothérapie et psychothérapie associées au cours d'un paroxysme psychotique par P.-A. LAMBERT, M^{me} M. VERMOREL, J. DELAUNAY et G. MARCOU. — Caractères nouveaux de la relation médecin-malade au cours de la chimiothérapie, par M. POROT et M^{me} JEAN. — Inconvénients et utilité de la pharmacothérapie dans l'approche psychothérapique, par M. BURNER. — Le maniement de la pharmacothérapie au cours des psychothérapies, par P.-B. SCHNEIDER. — Le vécu de la cure neuroleptique au cours des associations thérapeutiques, par J.-P. SCHNETZLER.

III. *Table Ronde*. Dirigée par P.-B. SCHNEIDER.

IV. *Synthèse et conclusions*, par P. PICHOT.

Précis de physiologie, par H. HERMANN et J.-F. CIER, professeurs de physiologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. TOME I - FASCICULE II : *Digestion - Excrétion urinaire - Physiologie générale du muscle - Physiologie générale du nerf*. Un volume 16,5×21,5 de 350 pages, avec 122 figures et 3 tableaux ; cartonné toile demi-souple : 32 f. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Le fascicule II du tome I de ce Précis achève le programme de physiologie de la première année des études médicales, commencé dans le fascicule I.

Les cinquième et sixième parties traitent de la digestion, de l'absorption digestive et de l'excrétion urinaire qui forment, avec la circulation du sang et la respiration, ce qu'on est convenu d'appeler les fonctions de nutrition. Comme dans le fascicule I, ces parties rassemblent les données anciennes et récentes de ces chapitres demeurés très classiques parce qu'ils n'ouvrent pas de discussions doctrinales importantes.

Les septième et huitième parties ont pour objet la physiologie générale du muscle et du nerf, questions que les techniques modernes ont entièrement renouvelées et qui, par leur généralité, conduisent davantage que les précédentes à des consi-

dérations théoriques et à l'exposé d'hypothèses destinées à être complétées et plus ou moins modifiées dans un proche avenir. Les auteurs s'efforcent de simplifier des notions difficiles sans empiéter par trop sur les domaines de la physique et de la chimie biologiques et tout en faisant avec elles les liaisons nécessaires à la compréhension des actes fondamentaux que sont la contraction musculaire, la formation, la conduction et la transmission de l'influx nerveux.

Ce sont là des phénomènes dont l'apparente simplicité demande que soient démontés leurs mécanismes élémentaires avant de tenter une synthèse aussi proche que possible de la complète réalité des faits solidement établis. C'est pourquoi la prépondérance est accordée aux acquisitions expérimentales parce qu'elles restent la base de la physiologie.

Quatre grands chapitres de physiologie sont exposés dans ce second fascicule, faisant suite aux chapitres du fascicule I : la *physiologie de la digestion*, l'*excrétion urinaire*, la *physiologie générale du muscle* et la *physiologie générale du nerf*.

Analyse statistique en biologie, par K. MATHER, D. Sc., Ph. D., professeur de génétique à l'université de Birmingham, Angleterre ; traduit par M. LEFEBVRE. Un volume in-8° (16×25) de 327 pages, avec 10 figures et 61 tableaux, 1965 : 45 f. *Gauthier-Villars*, éditeur, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (VI^e).

L'emploi des méthodes statistiques pour la planification, puis l'interprétation des expériences est devenu, au cours des 20 dernières années, une pratique tout à fait courante, chez les biologistes et chez les agronomes.

Du reste, les types de dispositifs expérimentaux se sont beaucoup diversifiés, grâce aux statisticiens qui ont approfondi les bases théoriques de leurs méthodes, imaginé des modèles et des techniques de plus en plus raffinés, en même temps que leurs « clients » devenaient de plus en plus exigeants. Les progrès de la mécanographie et du calcul automatique ont enfin permis l'utilisation pratique de schémas de plus en plus compliqués et l'exploitation complète de toute l'information recueillie par les expérimentateurs.

Il faut bien reconnaître que cette évolution très rapide n'est pas sans dérouter quelque peu l'expérimentateur « moyen ». Certes, des Services spécialisés sont maintenant à sa disposition pour lui fournir des plans d'essais, recevoir ses résultats et

pénicillinothérapie orale
économique

V-Cillin[®] K

(pénicilline phénoxyéthyl potassique, Lilly)

Le V-Cillin K est si bien absorbé chez les malades à jeun qu'il permet d'obtenir rapidement des concentrations sanguines élevées qui ne pourraient être réalisées qu'avec des doses doubles de pénicilline G orale.

Présenté sous forme de comprimés, de solution pédiatrique et de Pedipacs.[®]

ELI LILLY AND COMPANY (CANADA)
LIMITED
Toronto, Ontario



Téléphone : 522-1235

PHARMACIE SOUCY

999, avenue Cartier,

Québec.

Il y a une succursale dans votre localité pour vous servir

LA BANQUE D'ÉCONOMIE DE QUÉBEC
(THE QUEBEC SAVINGS BANK)

Siège social : 1161, rue Saint-Jean,

Québec.

GERMAIN CHABOT, A. D. B. A.
ARCHITECTE

Domicile :

1290, des Gouverneurs
Téléphone : 527-8256

Bureau :

281, chemin Sainte-Foy
Téléphone : 529-9095

Téléphone : 681-4119

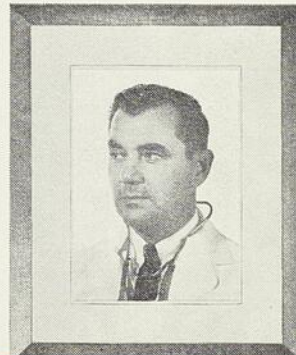
MAINGUY, JARNUSZKIEWICZ & BOUTIN
ARCHITECTES

1327, avenue Maguire,

QUÉBEC 6, P. Q.

deux générations
de médecins
confirment
l'efficacité du

Cheracol



A la différence d'autres sirops béchiques, le Cheracol a été constamment prescrit par les médecins de deux générations. Pourquoi cette préférence par tant de médecins pour le Cheracol? Simplement parce que: sa formule judicieusement équilibrée contient juste assez de codéine pour atténuer la toux sans supprimer l'expectoration ■ contient des doses convenables de trois expectorants à l'action complémentaire qui détachent doucement les sécrétions bronchiques ■ ne contient qu'une faible dose de chloroforme qui a une action locale rafraîchissante et adoucissante ■ son agréable saveur de cerise plait à la plupart des malades qui toussent.

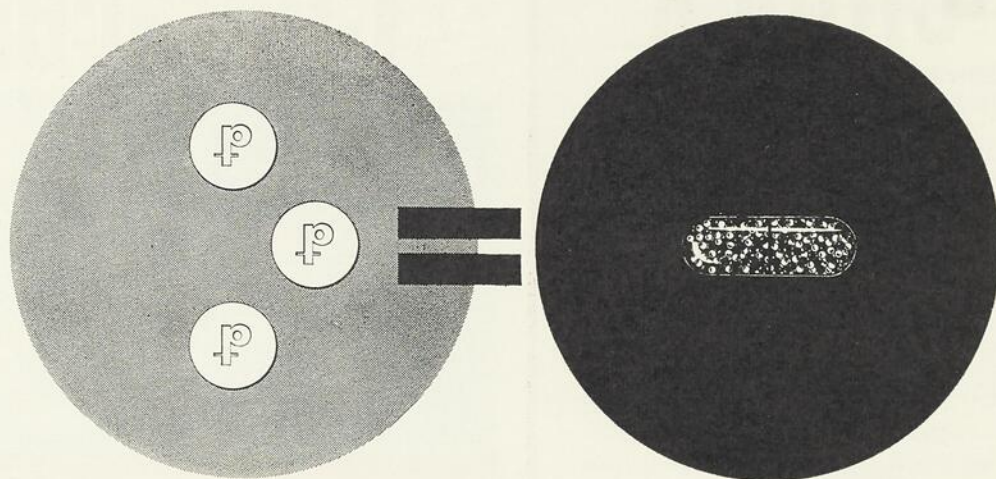
Présentation: En flacons de 4, de 16, de 80 et de 160 onces liq.

MARQUE DÉPOSÉE: CHERACOL CF 3527.1

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA
DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

Upjohn

Pourquoi
prescrire
3 comprimés
quand 1 seule capsule 'Spansule' suffit



1 CAPSULE SPANSULE* LARGACTIL †

30 mg = 1 comprimé à 10 mg 3 fois par jour
75 mg = 1 comprimé à 25 mg 3 fois par jour
150 mg = 1 comprimé à 50 mg 3 fois par jour
300 mg = 1 comprimé à 100 mg 3 fois par jour

"C'est parce que ce médicament (Largactil) a le pouvoir d'apaiser l'anxiété, de soulager la tension, de maîtriser l'agitation et de combattre plusieurs des symptômes de la psychose sans amoindrir les facultés mentales qu'il connaît aujourd'hui une réputation universelle."

—Gottlieb, L.S.: In Search of Nepenthe, J. Health & Human Behav. 3:288 (hiver) 1962

Mêmes indications, contre-indications et précautions
que pour les autres formes du Largactil
Renseignements complets sur demande

Poulenc LIMITÉE
8580 ESPLANADE, MONTRÉAL 11

† brevet canadien Rhône-Poulenc

* marque déposée des capsules à désagrégation prolongée Smith Kline & French

les lui retourner avec une interprétation établie en langage statistique. Il n'en reste pas moins la nécessité, au départ et à l'arrivée, d'un dialogue entre le statisticien et l'expérimentateur. Ce dernier, tant pour exprimer ses problèmes, et parfois pour les concevoir ou les préciser, que pour établir les liens indispensables entre les observations qu'il a faites et les interprétations statistiques qui lui sont fournies de ses résultats, a besoin de posséder une vue claire des principes et de la terminologie de l'analyse statistique.

Les ouvrages traitant des méthodes statistiques et de leur emploi en biologie, en agronomie ou en zootechnie sont rares en langue française. C'est pourquoi l'Association de coordination techniques agricole a pensé rendre service à tous ceux qu'une initiation à l'analyse statistique intéresse, en entreprenant la traduction en français d'un des ouvrages les plus classiques dans ce domaine.

L'ouvrage du docteur Mather, conçu comme une introduction générale aux méthodes statistiques pour les chercheurs biologistes, montre une compréhension pratique de ce qui est essentiel à une bonne expérimentation, et un souci délibéré d'écarter ce qui lui est étranger, il est écrit dans un langage aussi direct que possible et chaque méthode est illustrée par un exemple approprié (analyse de variance, analyse des données de fréquence). Les 35 cas sont choisis aussi bien en génétique, qu'en agronomie, en botanique, en chimie, en horticulture, en psychologie, en statistique et en zoologie. L'auteur présente également des schémas de base qui peuvent servir à la programmation des calculs sur machines électroniques.

Par son niveau, l'ouvrage s'adresse aux étudiants en agronomie, en médecine, en biologie, ainsi qu'à tout chercheur ou tout expérimentateur qui pratiquent ces disciplines.

Techniques de dénudation veineuse, par J. FONTANELLE et A. TOUDOIRE, internes des hôpitaux de Paris et attachés à l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Préface du docteur A. DUFOUR. Un volume 12×16,3 de 66 pages, avec 12 figures : 7 f. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

Ce petit ouvrage expose les diverses possibilités d'abord des veines superficielles des membres. Il donne pour chacune les avantages et inconvénients, et passe en revue quelques incidents et accidents, tout en précisant les moyens de les pallier.

A une époque où les progrès thérapeutiques permettent de sauver des malades autrefois condamnés, il est navrant de constater combien est irritant le problème mécanique de la perfusion veineuse.

Ces quelques pages sont destinées à rendre service aux réanimateurs, aux anesthésistes, à tout médecin appelé à surveiller un grand malade.

Applications de la statistique à la démographie et à la biologie, par R. RISSER. Tome III - Fascicule III du *Traité du Calcul des Probabilités et de ses Applications*. 2^e édition revue et augmentée d'après les notes de l'auteur, par C.-E. TRAYNARD. Un volume in-8° (16×25) de 363 pages, 1965 : 85 f. *Gauthier-Villars*, éditeur, 55, quai des Grands-Augustins, Paris (VI^e).

C.-E. Traynard a réuni, après la mort de R. Risser, le manuscrit que ce dernier avait préparé pour la deuxième édition des *Applications de la statistique à la Démographie et à la Biologie*. Ces pages forment maintenant la première moitié de cet ouvrage.

On y trouvera dans une première partie une théorie de la population, suivie par une seconde partie consacrée aux développements sur la fécondité, la mortalité, l'invalidité. On est ainsi conduit jusqu'aux théories de Galbrun et de Dubourdiou ; cette dernière introduit les probabilités dans les ensembles mesurables.

Dans la troisième partie, l'auteur fait un exposé synthétique des diverses méthodes employées pour la détermination des taux de mortalité de la population générale, et procède dans une étude particulière au calcul des taux bruts à l'aide des résultats d'un recensement et des listes de décès.

Il est ensuite amené à rechercher si la loi de Makeham pouvait donner une image relativement fidèle de la mortalité de la population générale, et par suite à procéder non seulement au calcul des coefficients caractéristiques de ladite loi et à l'évolution de leur module de précision, mais encore à caractériser la valeur de l'ajustement effectué et à signaler les essais qu'il y aurait lieu de tenter à nouveau dans cette voie.

Dans la quatrième partie l'auteur expose les travaux de Vito Valterra sur les associations biologiques et la lutte pour la vie, et donne un schéma des recherches de W. Thompson sur l'action des parasites entomophages.

Enfin dans la cinquième et dernière partie de l'ouvrage il expose les méthodes d'ajustement analytique et d'ajustement mécanique, complété par des exemples appropriés empruntés à la démographie, à l'actuariat, à la mécanique et à la physique.

L'eau et les électrolytes dans l'organisme —

Physiologie - Pathologie - Thérapeutique, par W. FLEISCHER et E. FROHLICH. Édition française sous la direction de C. BÉNÉZECH, professeur de physique biologique à la Faculté de médecine de Montpellier. Avec un important addendum inédit. Un volume 17,5×26 de 452 pages, avec 25 figures et 41 tableaux ; cartonné toile : 80 f. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^e).

L'étude des mouvements de l'eau et des électrolytes dans l'organisme normal et pathologique, est un problème d'une telle importance théorique et pratique, qu'aucun biologiste, aucun clinicien, quelle que soit son origine, ne peut s'en désintéresser.

L'eau chez les êtres vivants est un véritable dénominateur commun. L'importance majeure de son rôle physiologique, la complexité de sa régulation, la diversité des facteurs de déséquilibre, la gravité de ses altérations si elles sont méconnues, confèrent à cette étude une portée générale et, surtout, un caractère d'absolue et indiscutable nécessité.

Cet important ouvrage présente une vaste et solide vue d'ensemble à la fois physiochimique, physiologique et clinique, réalisant une physiopathologie rigoureusement échafaudée.

Après un rappel précis des définitions fondamentales (osmoles, équivalents, pression osmotique,

pression oncotique, tonicité . . .), la première partie de l'ouvrage est essentiellement physiopathologique : les phénomènes circulatoires et respiratoires, l'excrétion rénale, les divers aspects du contrôle endocrinien, les mécanismes des principales altérations de l'eau et des électrolytes sont passés en revue et analysés en détail.

Les problèmes pathologiques constituent la partie massive de l'ouvrage et sont envisagés de deux points de vue : d'abord comme synthèse, puis comme analyse descriptive clinique, ce qui permet, dans la plupart des cas, d'aborder le mécanisme explicatif des signes observés : tels sont notamment les divers syndromes de rétention, d'hyperhydratation, hypo-, iso-, ou hypertoniques entraînant des altérations des compartiments liquidiens et par suite des perturbations métaboliques.

La deuxième partie : « Clinique et Thérapeutique » qui comprend les deux tiers de l'ouvrage, est une étude descriptive minutieuse des grands syndromes s'accompagnant des perturbations des mouvements de l'eau et des électrolytes.

La précision dans la description est poussée très loin et atteint souvent le détail le plus technique tel qu'il doit être effectivement envisagé par le médecin dans sa pratique journalière.

Une mention spéciale doit être faite d'un important chapitre qui passe en revue les liquides de remplacement qu'il convient d'utiliser dans les divers cas observés. Ainsi une thérapeutique rationnelle de ces perturbations peut être envisagée avec sécurité.

L'édition française de cet ouvrage a fait l'objet d'un addendum qui, en quelques courtes monographies, résume l'essentiel des travaux parus depuis la publication de l'édition allemande.

L'ouvrage est accompagné d'une importante bibliographie.

"On estime que le dépistage précoce du diabète, lorsqu'il est accompagné d'une thérapeutique dynamique, prévient ou retarde efficacement les complications de longue portée. De plus grande signification encore sont sans doute les données indiquant que le traitement intensif institué de bonne heure pourrait améliorer l'état diabétique. Il importe donc évidemment de diagnostiquer le mal de bonne heure."¹

L'omnipraticien peut aider à soustraire à l'élément chance le dépistage du diabète. Les diabétiques — de même que les diabétiques potentiels — se recrutent le plus souvent parmi les gens (a) qui ont un antécédent familial de diabète, (b) qui ont des grossesses anormales, (c) qui souffrent d'obésité et qui ont plus de quarante ans et (d) qui souffrent de dégénérescence vasculaire.

L'omnipraticien et le dépistage précoce du diabète



OBÉSITÉ APRÈS 40 ANS

L'association de l'obésité à un métabolisme anormal des hydrates de carbone est chose bien connue. Les données les plus récentes indiquent que l'obésité est un symptôme plutôt qu'une cause du diabète.²



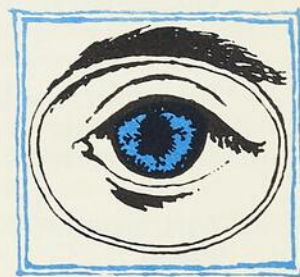
ANTÉCÉDENT FAMILIAL

Il existe beaucoup de preuves de la transmission héréditaire de la prédisposition au diabète. Tout malade à antécédent familial de diabète doit être soumis à des épreuves visant à déceler un diabète potentiel, et questionné afin de vérifier si quelque autre symptôme de diabète s'est manifesté.



GROSSESSE

Tout antécédent de bébés pesant plus de 10 livres à la naissance, de bébés mort-nés ou morts peu après la naissance, d'avortements spontanés, d'accouchement prématuré, de toxémie et d'anomalies congénitales constitue un indice de la présence de diabète potentiel et toute femme à antécédent répété de l'une de ces complications doit être étudiée de plus près.



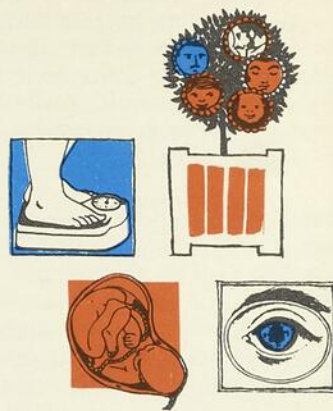
DÉGÉNÉRESCENCE VASCULAIRE

La rétinopathie, la sclérose glomérulaire et peut-être la neuropathie sont signes d'une forme distincte de maladie des petits vaisseaux associée au diabète. On croit que cette maladie est la cause d'un grand nombre de lésions qu'on avait coutume d'attribuer à l'athérosclérose.

L'omnipraticien joue un rôle essentiel dans le dépistage précoce du diabète. Il peut déceler les diabétiques probables et les soumettre à des tests simples de glycosurie et d'hyperglycémie.

*"Ces études laissent soupçonner la possibilité de prévenir la décompensation des cellules bêta en commençant l'administration des sulfonylurée avant que soit perdue la tolérance aux hydrates de carbone."*³

L'importance d'un dépistage précoce tient à l'institution du traitement du diabétique à un stade où l'on peut retarder l'état pathologique. Le régime est précieux à cet égard et il existe des cas où la rémission a eu lieu après usage de tolbutamide (Orinase)³. Cela peut résulter de la régénérescence des cellules bêta, et c'est une indication de la valeur de la tolbutamide (Orinase) dans le traitement du diabète potentiel.



ORINASE[®] D'ABORD



Plus de 2,000 documents cliniques et 3,000,000 de cas de diabète traités avec succès à travers le monde ont démontré la sécurité et l'efficacité de l'Orinase. Voilà pourquoi, lorsque l'emploi d'un agent hypoglycémiant oral est indiqué, la grande majorité des médecins du monde préfèrent l'Orinase d'abord.

"La tolbutamide [Orinase] est le plus sûr hypoglycémiant oral d'usage général, et on doit l'essayer en premier lieu."

Today's Drugs, 1964, p. 238, Londres: British Medical Association.

"Notre premier choix serait la tolbutamide [Orinase]..."

Modell, W., Drugs of Choice 9164-9165, 1964, p. 567 Saint Louis: The C. V. Mosby Company.

"Nous préférons utiliser la tolbutamide [Orinase] d'abord, car c'est elle qui suscite le moins de réactions secondaires..."

Faludi, G., Journal of the Medical Women's Association, 18:733, 1963.

1. Danowski, T.S., Diabetes Mellitus: Diagnosis and Treatment, 1964, p. 27 New York American Diabetes Association. 2. Antoniadis, H. N. et coll., Diabetes, 13:230, 1964. 3. Fajans, S.S. et Conn, J.W., Diabetes, 1962, 11 (suppl.), 123.

Composition: chaque comprimé Orinase contient 0.5 g de tolbutamide. **Indications:** la principale indication clinique d'Orinase est le diabète sucré stable sans complication aiguë comme l'acidose ou la cétose. **Posologie — nouveaux diabétiques:** quatre comprimés Orinase (2 g) par jour, en une seule dose le matin ou en doses fractionnées, durant quatre semaines ou jusqu'à ce que le malade régisse; régler ensuite la posologie d'entretien (d'ordinaire de 1 à 4 comprimés) à la dose quotidienne la moins forte pouvant maintenir la régulation optimale. Comme pour l'insuline, des changements de posologie peuvent être nécessaires durant le traitement du diabète. **Posologie — diabétiques sous insulinothérapie:** 1. moins de 20 unités — abandonner l'insuline et amorcer le traitement à l'Orinase. 2. de 20 à 40 unités — diminuer l'insuline dans une proportion de 30 à 50%, instituer le traitement à l'Orinase puis réduire subséquemment l'insuline selon la réaction quotidienne. 3. plus de 40 unités — diminuer l'insuline de 20%, commencer à donner l'Orinase et continuer à diminuer l'insuline selon la réaction du malade. **Contre-indications:** diabète juvénile, cétose grave, acidose, coma. **Précautions:** Bien respecter les restrictions alimentaires, la régulation du poids, l'exercice, l'hygiène éviter les infections et suivre la posologie. Dans les conditions de stress, traumatismes ou infections, il peut être nécessaire d'augmenter la dose ou de compléter par l'insulinothérapie. L'insuline doit remplacer l'Orinase durant la grossesse et durant le traitement aux corticostéroïdes. **Réactions secondaires:** l'Orinase est remarquablement exempt de réactions secondaires — principalement les dérangements gastro-intestinaux légers et les réactions d'allergie cutanée. L'hypoglycémie est remarquablement rare et plus susceptible de survenir durant la période de transition de l'insuline à l'Orinase. **Présentation:** comprimés rainurés, en flacons de 50 et de 500.



HOECHST
PHARMACEUTICALS
3400 O., RUE JEAN-TALON, MONTRÉAL 16
A DIVISION OF CANADIAN HOECHST (1964) LIMITED

NOUVELLES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE LAVAL

Séance du 13 janvier 1966
à la Faculté de médecine

1. Jean VEILLEUX : *Myopathies associées à l'hyperthyroïdie* ;
2. Jean-Marc JULIEN : *Etude sur la sarcoïdose* ;
3. Yves WARREN : *L'emploi du rein artificiel dans les intoxications* ;
4. Jacques BOULAY : *Présentation d'un cas d'actinomyose thoracopulmonaire*.

NOUVEAUX ASSOCIÉS DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

À sa dernière réunion annuelle, tenue à Montréal du 20 au 22 janvier 1966, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reçu dans ses rangs les candidats qui ont réussi les examens à la dernière session tenue à l'automne dernier.

Parmi les nouveaux associés (*fellows*), du Collège royal, nous remarquons les noms suivants :

En médecine, les docteurs James Rigg Brow, Maurice Chartier, Jacques Dubé, Ronald Neil Angus MacDonald, Louis Perron, Robert-Ernest Primeau, Norman Wilson Rodger, Harry James Smith, Kenneth Royal Stewart, Andre Ten Pas, Newell Blair Whittemore, de Montréal ; Fernand Philippon, de Québec ; Jacques Benoît, de Saint-Jean ; Antoine Gattereau, de Sainte-Rose de Laval.

En médecine (anesthésie), les docteurs Gaston-Antoine Tremblay, de La Tuque ; William John Farley, Gordon Stanley Fox, Etienne Lebel, Albert Paul Pace-Florida, et Jose Kalalo Rosales, de Montréal.

En médecine (psychiatrie), les docteurs Carlo Sterlin, de L'Annonciation ; Graham Berman, de Montréal.

En médecine (neurologie), les docteurs Alberto Juan María Aguaya, Pierre-Claude David, Jean-Marc St-Hilaire et Arthur Schwartz, de Montréal ; Patrice Drouin, de Québec.

En médecine (pédiatrie), les docteurs John Brock Dundas, Gerald Harvey Lupu, et Jean-Guy Mongeau, de Montréal.

En médecine (pathologie), Joseph Anthony Alcindor et Paul Bettez, de Montréal.

En médecine (radiologie diagnostique), les docteurs Walter James Alexander, Martha Rose Grymaloski et Paul Lemire, de Montréal.

En médecine (radiologie thérapeutique), le docteur Cyril John Powel-Smith, de Montréal.

En médecine (dermatologie), les docteurs Raymond Lessard, de Québec ; Pierre-Maurice Lachance, de Sherbrooke.

En médecine (médecine physique et réadaptation), le docteur Jean Dubé, de Saint-Romuald.

En médecine (scientifiques médicaux), le docteur Claude Fortier, de Québec.

En chirurgie, les docteurs Paul-Émile St-Pierre, de Laval-des-Rapides ; Louis Hébert, de Longueuil ; John Hamilton Duff, Andrew Hreno, Fulvio Mario Limongelli, James Robertson MacKenzie, Kamal Abdul Rahman Sakkal, Nathan Michael Sheiner et Frederick Martin Wiegand, de Montréal ; Luc Deschênes et Picard Marceau, de Québec.

En chirurgie (obstétrique et gynécologie), les docteurs John William Henry Andrew, de Lucerne ; Pierre-Léopold Blanchard, Norman John Buka, Alan Abraham Neuman et Jacques Van Campenhout, de Montréal ; Jean Blanchet et Raymond Fiset, de Québec.

En chirurgie (neuro-chirurgie), le docteur Andrew Wing Hung Wong, de Montréal.

En chirurgie (orthopédie), les docteurs Denis Bourgeau, Harry Irving Dubow et Claude-Aimé Plante, de Montréal.

En chirurgie (otolaryngologie), le docteur Gerald Mark Sinclair, de Montréal.

En chirurgie (chirurgie plastique), les docteurs Jean-Paul Bossé et Robert Wilfred Hakstian, de Montréal.

En chirurgie (urologie), les docteurs Pierre-Eugène Bertrand, Zane Nessim Boctor, Ali Charghi, Stanislaus Gerard Lannon, David Angus McLeod et Everett Cox Reid, de Montréal.

CONSEIL EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION DES BUREAUX MÉDICAUX

L'Association des Bureaux médicaux de la Province de Québec a élu son Conseil exécutif pour l'année 1965-1966 lors de son assemblée générale annuelle, tenue à Montréal, le 16 novembre dernier. Le docteur Lachance, secrétaire-trésorier de l'Association vous communique les résultats de cette élection :

Président : le docteur Jacques Léger, de Ville Mont-Royal ;

Ex-président : le docteur Irénée Lapierre, de Saint-Romuald d'Etchemin ;

Premier vice-président : le docteur Gustave Auger, de Québec ;

Deuxième vice-président : le docteur Henri Robinson, de Pointe-Gatineau ;

Secrétaire-trésorier : le docteur Robert Lachance, de Montréal ;

Directeurs : les docteurs Noël Blais, de Granby ; Gérard Boudreault, de Chicoutimi ; Maurice Campbell, de Cap-de-la-Madeleine ; Pierre-Paul Collin, de Montréal ; Roland Décarie, de Ville Mont-Royal ; Émile-R. McDuff, de Saint-Paul-l'Ermitte ;

André Poisson, de Grand'Mère ; Georges-E. Pelletier, de Saint-Jérôme.

**AVIS
CONCERNANT LES EXAMENS
DU CERTIFICAT DE SPÉCIALISTE
DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUÉBEC**

Les examens écrits et oraux pour l'obtention du certificat de spécialiste auront lieu à l'automne 1966.

Chaque candidat doit soumettre au Comité des créances une demande d'admissibilité aux examens avant le 1^{er} avril 1966.

Les formules de demande peuvent être obtenues en s'adressant directement au Collège.

Le Comité des créances se réunira en mai 1966 pour étudier toutes les demandes. Cette réunion du Comité sera la seule de l'année.

**EXÉCUTIF
DE L'HÔPITAL MONT-PROVIDENCE**

Le Conseil des médecins de cet hôpital psychiatrique pour enfants s'est donné un nouvel exécutif pour l'année à venir :

Le docteur Jean-L. Lapointe, surintendant médical, a été élu président, le docteur M.-T. Bonaccorsi, premier vice-président, le docteur Lorraine Trempe, secrétaire, le docteur Katherine Berdnikoff, deuxième vice-président, le docteur Jean-Paul Milot, troisième vice-président.

**NOMINATION
À LA DIRECTION DES ALIMENTS ET DROGUES**

Le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social et la Commission du service civil viennent d'annoncer la nomination du docteur A. C. Hardman comme directeur du Bureau des services scientifiques consultatifs, à la Direction des aliments et drogues.

Né à Kapuskasing, Ontario, le docteur Hardman a reçu son diplôme en médecine de l'université de Toronto en 1949, puis s'est enrôlé dans l'Armée canadienne comme officier médical pour servir plus tard en Corée. Étudiant au Collège du personnel de l'Armée canadienne en 1954, il a rempli les fonctions de chef instructeur du Centre d'entraînement médical mixte à Toronto, de 1955 à 1957. En 1958, le docteur Hardman est devenu directeur des études à l'École de médecine des Forces canadiennes, au camp Borden et, en

1960, il a été nommé chef de la Division des services de santé d'urgence du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social.

Le docteur Hardman est frère-officier de l'Ordre de Saint-Jean (1962) et diplômé en hygiène publique de l'École d'hygiène de l'université de Toronto (1965), où il a remporté la médaille Fraser Memorial. Il est chirurgien en chef de la Brigade de l'Ambulance Saint-Jean pour le Canada, membre des Associations de santé publique de l'Ontario et du Canada, des Associations médicales ontarienne et canadienne, de l'Académie de médecine de Toronto et de l'Association des chirurgiens militaires.

Le Bureau des services scientifiques consultatifs est responsable de l'évaluation des drogues d'expérimentation et des nouvelles drogues au Canada. Il s'occupe d'étudier les réactions adverses aux drogues, et fournit à ce sujet des services consultatifs à toute la Direction des aliments et drogues.

**NOMINATION D'UN DIRECTEUR ADJOINT
DES ALIMENTS ET DROGUES**

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé aujourd'hui la nomination du docteur D. G. Chapman comme directeur général adjoint (aliments) à la Direction des aliments et drogues.

Né à Dundas, Ontario, le docteur Chapman a obtenu son b.s.a. en 1944 de l'université de Toronto, sa m.sc. de l'université McGill en 1945 et son ph.d. en chimie alimentaire de McGill en 1949. De 1945 à 1949, il a enseigné la chimie au collège MacDonald où il a rempli les fonctions de doyen de la résidence des étudiants. Attaché en 1949 à la Direction des aliments et drogues, comme chimiste dans la Section des vitamines et de la nutrition, il a été nommé chef de la Division de la chimie alimentaire en 1958. De 1963 à 1965, il a rempli les fonctions d'expert technicien en alimentation à l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture et celles de conseiller technique du Programme des normes alimentaires, auprès de la Commission du *Codex Alimentarius*.

Membre agréé de l'Institut des chimistes du Canada, le docteur Chapman fait partie de l'Institut canadien de technologie alimentaire, de la Société de nutrition du Canada, de la Société biologique et biochimique d'Ottawa et de l'Institut professionnel de la fonction publique du Canada.

BIODUC



**JUMO-TUBES DE 2
AMPOULES BUVABLES
ASSURANT LA
CONSERVATION**

**ANTIASTHÉNIQUE
NEUROTONIQUE
RECONSTITUANT
BIOLOGIQUE**

*Vitamines - Minéraux - Acides aminés -
Fortes doses vitamine C et Phosphore*

Corporation Pharmaceutique Française Ltée. Montréal.

**ÉLECTIVE DANS
HYPERTENSION
D'ORIGINE NERVEUSE
ANGINE DE POITRINE AVEC
HYPERTENSION
SPASMOLYTIQUE
VASCULAIRE TOTAL
ANGOR - ANGIOSPASMES
THROMBOSES
MIGRAINES**

VASOVÉRINE

**CRISES : 1 Ampoule toutes
les 3 heures**

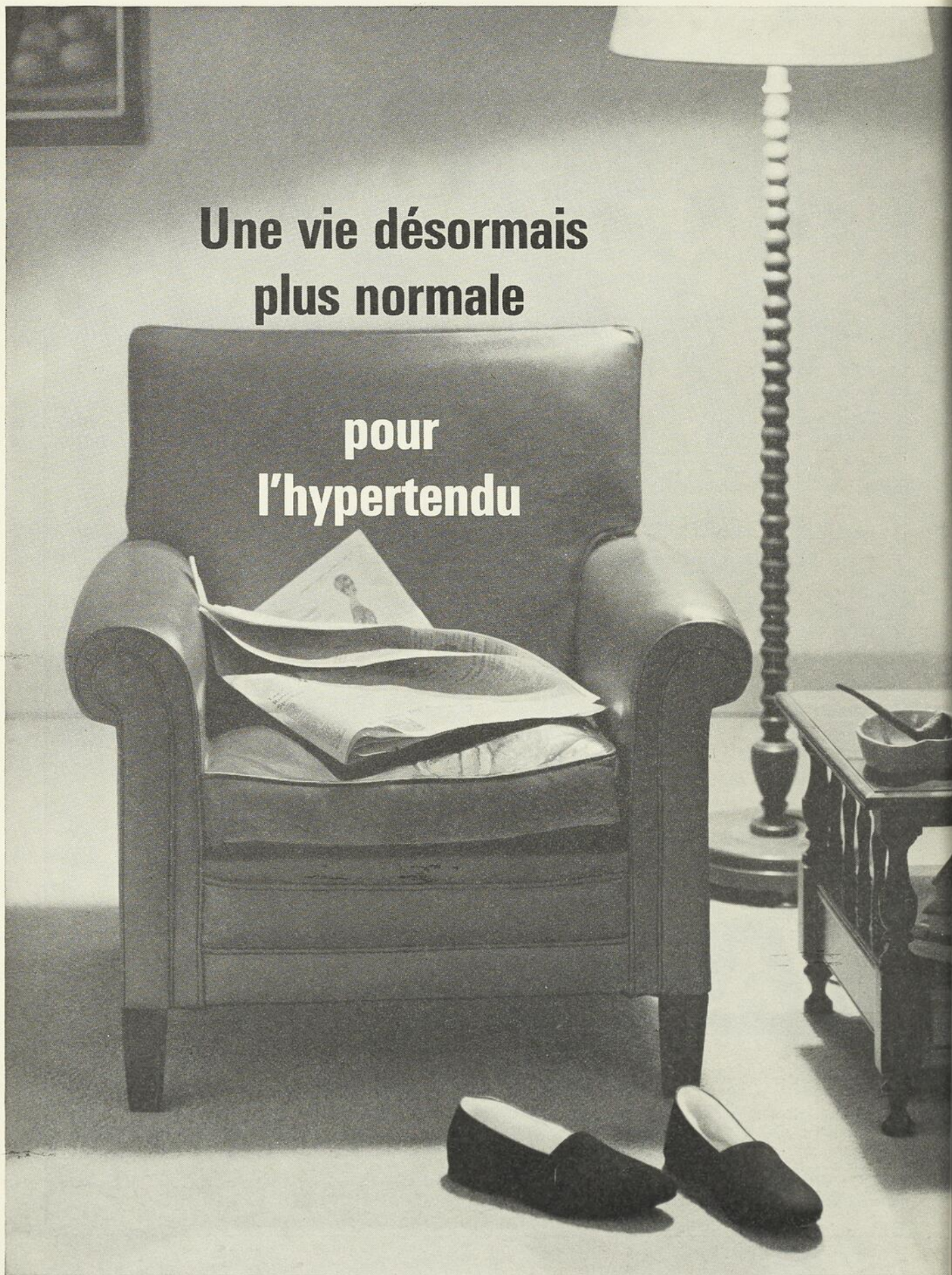
**ENTRETIEN : 2 à 4 comprimés
par jour**

**Dose forte 80mg
PAPAVÉRINE - BASE
Acide et Amide
NICOTINIQUES**

CORPORATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE LTÉE — MONTRÉAL

**Une vie désormais
plus normale**

**pour
l'hypertendu**



Un progrès notable dans l'hypertension

ALDOMET*
Méthylidopa

l'antihypertenseur qui stabilise la tension au cours des 24 heures d'une journée — au travail, au repos ou durant le sommeil.

Les avantages de l'ALDOMET procurent au patient plusieurs bienfaits:

- Maîtrise de l'hypertension durant le jour et la nuit que le patient soit à l'état de veille ou de sommeil.
- Emploi possible même chez les patients dont la fonction rénale est atteinte puisque, administré à des doses thérapeutiques, il permet de maintenir le débit de filtration glomérulaire et le flux sanguin rénal.
- Possibilité pour le patient de poursuivre une activité normale car des effets secondaires indésirables telle l'hypotension de posture le gênent rarement.
- Stabilisation de la tension artérielle sans entraîner d'écarts trop prononcés.
- Collaboration du patient assurée en raison de la sensation de bien être qu'il ressent dès le début et tout au cours du traitement.

L'ALDOMET réduit la tension par une diminution de la résistance périphérique.

POSOLOGIE: La posologie quotidienne per os varie habituellement de 500 mg à 2.0 gm, suivant les besoins et la réponse du patient. On recommande de ne pas excéder une dose quotidienne de 3.0 gm.

CONTRE-INDICATIONS: Phéochromocytome et affection hépatique active; emploi non recommandé chez les femmes enceintes. User de précautions si l'anamnèse révèle une affection hépatique. Emploi non recommandé en cas d'hypertension bénigne ou labile répondant à un traitement au moyen de sédatifs ou de thiazides employés seuls.

Renseignements détaillés concernant les indications, la posologie, les effets secondaires et bibliographie sur demande.

Présentation: L'ALDOMET est présenté sous forme de comprimés laqués, jaunes, dosés à 250 mg de méthylidopa, en flacons de 50 et de 500.



**MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTRÉAL**

*La recherche d'aujourd'hui au service de la
thérapeutique de demain*



Pourquoi prescrire le

FIORINAL

dans la

CÉPHALÉE

DE TENSION

Parce qu'il permet au médecin de traiter **SIMULTANÉMENT**, non seulement la douleur, mais aussi la tension nerveuse qui est le facteur responsable de la céphalée de tension

L'action du FIORINAL est la suivante:

élèvent le seuil de sensibilité à la douleur		Acide acétylsalicylique
		Phénacétine
		Caféine
calme la tension nerveuse	—	Sandoptal (itobarbital)

Les avantages du FIORINAL sont:

le soulagement SIMULTANÉ de la douleur, de la tension nerveuse et des spasmes musculaires
sa rapidité d'action — la simultanéité de son action analgésique-sédative — économie

Composition—chaque comprimé contient: acide acétylsalicylique 200 mg, phénacétine 130 mg, caféine 40 mg, Sandoptal (itobarbital) 50 mg. Posologie moyenne: 2 comprimés dès les premiers signes de la crise, suivis d'un comprimé une demi-heure plus tard et d'un comprimé toutes les 3 à 4 heures, si nécessaire.

Conditionnement: flacons de 100, de 500 et de 1000 comprimés.

Renseignements plus détaillés sur demande, ou dans le Vademecum International

Fiorinal

est le médicament le plus souvent prescrit dans la céphalée de tension.



SANDOZ PHARMACEUTICALS, DORVAL, P.Q. SANDOZ

**LABORATOIRE CANADIEN-FRANÇAIS
POUR L'ÉTUDE DE LA LÈPRE**

Bien que la lèpre n'existe pas au Canada, nous avons chez nous un laboratoire connu dans le monde entier ; depuis 15 ans, on y étudie cette terrible maladie qui cache encore bien des mystères, son mode de transmission restant même inconnu.

Au Congrès de l'ACFAS, à l'université de Montréal, le docteur L. Kato, chef du département de physiopathologie à l'Institut de microbiologie et d'hygiène, a pu démontrer, ce qu'on avait cru jusqu'alors impossible, que l'un au moins des quelque 200 types de bacilles lépreux est cultivable en laboratoire. S'il parvenait à étendre sa méthode, on réussirait sans doute un jour à trouver un moyen de prévention et une véritable médication contre la lèpre. En attendant, le docteur Kato a pu déjà éprouver les qualités d'un médicament utilisé en Chine depuis 3 000 ans, médicament qui n'agit pas sur les bacilles lépreux mais possède quand même une certaine valeur thérapeutique.

Le nombre des lépreux dans le monde (15 millions de cas recensés) ne semble pas en voie de diminution notable. Dans certains pays, la lèpre pose des problèmes terribles. Aussi les savants suivent-ils avec grand intérêt les travaux du docteur Kato et de son équipe, les recherches se faisant à l'Institut sur des rats auxquels on communique une lèpre semblable à la lèpre humaine.

**REVUE DE LA SANTÉ
ET DU BIEN-ÊTRE EN 1965**

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a connu plusieurs moments importants au cours de 1965, parmi lesquels on retiendra les derniers arrangements relatifs au Régime de pensions du Canada, les délibérations sur le Régime d'assurance médicale du Canada, la création du Conseil national du bien-être et la nomination d'un nouveau sous-ministre de la Santé et de cinq directeurs généraux.

La dernière main a été mise au Régime de pensions du Canada, qui est certainement le projet le plus audacieux que le ministère ait entrepris jusqu'à ce jour. Le versement des cotisations en vertu de ce régime, qui a reçu la sanction royale le 3 avril dernier, commencera le premier janvier 1966. Grâce à ces cotisations, les assurés se garantiront une protection qui s'exprimera en pensions de retraite, en prestations de survivant, comme les pensions de veuve et les

prestations d'enfant à charge, et en pensions d'invalidité. C'est la mesure d'assurance sociale la plus complète qui ait jamais été prise au Canada.

En juillet, le Premier ministre a annoncé que le gouvernement fédéral accepterait de consentir une aide financière à chaque province qui mettrait sur pied un régime d'assurance médicale satisfaisant à certaines conditions essentielles que voici : le régime doit être universel, c'est-à-dire, s'appliquer à tous les ressortissants de la province ; le régime doit contenir des dispositions prévoyant le paiement de soins de médecins ; les prestations du régime doivent être transférables d'une province à l'autre et le régime doit être administré par l'État. L'importance de la contribution financière du gouvernement fédéral, a-t-on annoncé, sera d'environ la moitié de la moyenne nationale, par habitant, des sommes versées aux médecins.

Lors de la conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé, en septembre, le Premier ministre a annoncé l'établissement d'un fonds de ressources sanitaires de 500 millions de dollars, débutant en 1966 et s'échelonnant sur une période de 15 ans. Le but de ce fonds est d'aider à la construction, à la rénovation et à l'aménagement d'établissements destinés à la formation du personnel des professions sanitaires.

On a établi le Conseil national du bien-être pour conseiller le ministre concernant les aspects de la loi qui se rapportent au progrès et à la sauvegarde du bien-être social du peuple canadien.

Le Conseil est formé d'un président, M. Joseph W. Willard, sous-ministre fédéral du Bien-être social, des dix sous-ministres provinciaux du Bien-être social et de dix autres Canadiens bien connus dans le domaine du bien-être. M. Willard, qui a participé activement au Fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies, a été réélu président du Comité du programme de l'U.N.I.C.E.F.

Le docteur J. N. Crawford a été nommé sous-ministre de la Santé, en septembre, à la suite de la retraite du docteur G. D. W. Cameron.

Les cinq nouveaux directeurs généraux nommés en 1965 sont : le docteur H. A. Procter, services médicaux ; le docteur R. A. Chapman, aliments et drogues ; M. J.-A. Blais, sécurité du revenu ; M. R. B. Splane, services de bien-être, et M. J. A. Macdonald, projets spéciaux.

L'été de 1965 a laissé voir le degré de succès que le programme canadien du tabac et de la santé a atteint dans ses efforts pour mettre le public au courant des risques que comporte l'usage du

tabac. Une enquête a en effet révélé que 90 pour cent des Canadiens âgés de plus de 15 ans étaient au courant du problème et que 60 pour cent étaient convaincus que l'usage du tabac comportait un risque.

La Conférence canadienne de la jeunesse sur le tabac et la santé, tenue à Ottawa en mai, a fait ressortir la place importante de l'adolescent dans ce domaine. Non seulement les soixante-dix étudiants qui avaient été choisis comme délégués de toutes les parties du Canada à cette conférence se sont-ils préparés à exécuter le programme dans leurs propres régions, mais l'expression de leurs idées a atteint tout le pays grâce aux divers moyens de communication.

Le ministère a accordé des subventions à l'hygiène de 41 millions de dollars en vue de la recherche, de la construction d'hôpitaux, de programmes de soins à domicile, de services de traitement du cancer et de plusieurs autres services d'hygiène.

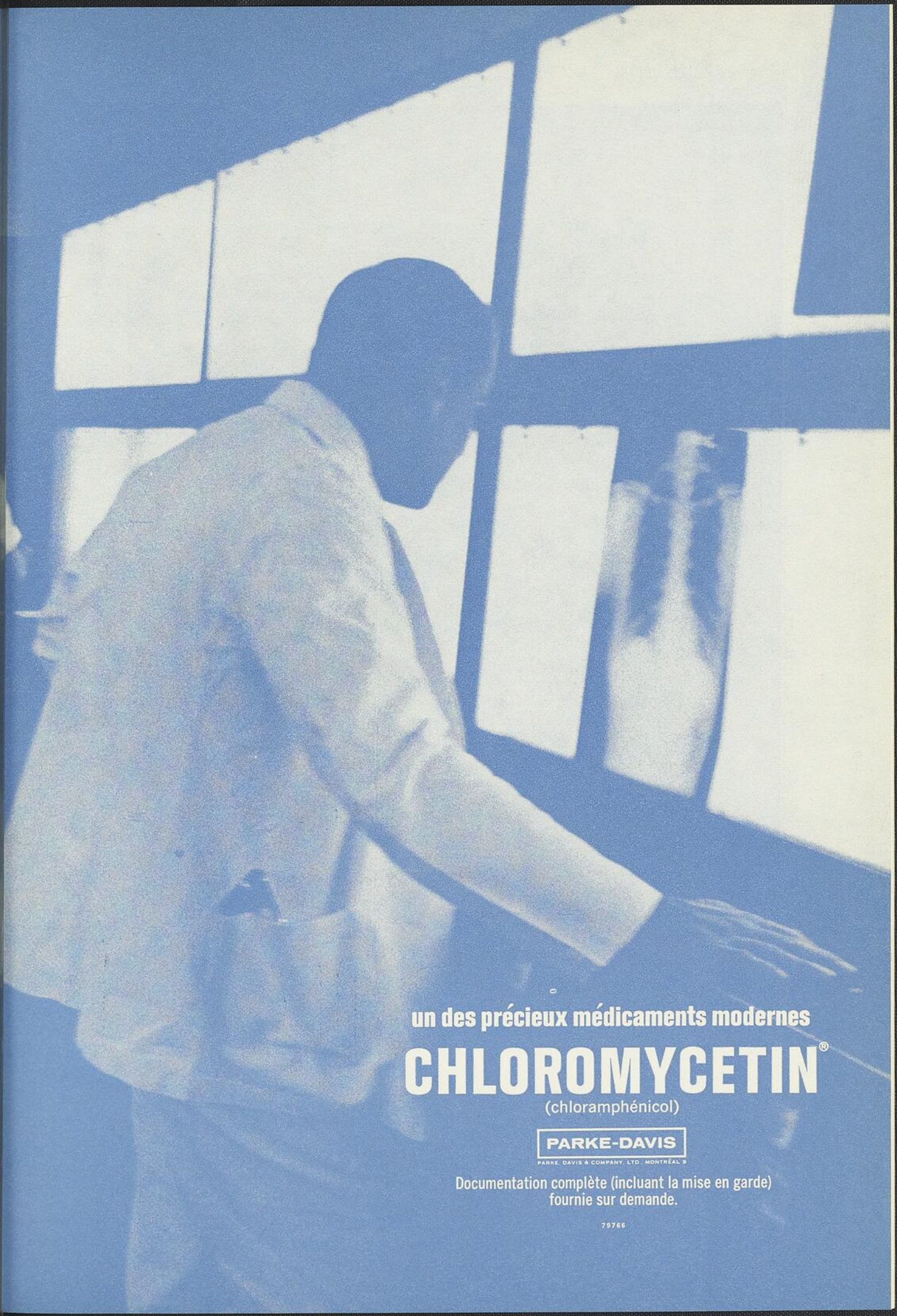
La Division des services de santé d'urgence a distribué aux municipalités canadiennes, conformément à son programme de préparation en cas de sinistre du temps de paix ou du temps de guerre, des ensembles de fournitures tirés de la Réserve nationale de fournitures médicales en cas d'urgence.

La Division du génie sanitaire a décidé de participer aux études de la pollution des eaux du lac Erié, du lac Ontario et de la section internationale du Saint-Laurent. Elle a aussi entrepris des études sur les déchets industriels, en collaboration avec l'Office d'expansion économique de la région atlantique. Ces études visent une réduction de la pollution industrielle des eaux des Maritimes.

Le ministère a élaboré le plan initial du Régime d'assistance publique du Canada. Ce régime fournira un cadre à la collaboration fédérale-provinciale pour aider ceux qui ont le plus besoin d'aide et ceci grâce à une méthode coordonnée d'assistance publique. En principe, ce nouveau régime créera un programme complet d'assistance publique générale qui, tout en admettant les besoins différents de divers groupes comme, par exemple, les vieillards dans le besoin, les aveugles et les invalides, répondra à ces besoins grâce à un programme unique dans un seul cadre administratif.

La Direction de la santé et du sport amateur du ministère a signé un accord avec la province du Manitoba et la ville de Winnipeg en vue de partager les frais des Jeux panaméricains. La Société des Jeux panaméricains présentera cette manifestation sportive à Winnipeg en 1967.

ical
1966
ari-
lac
male
des
tion
gion
tion
ari-
ime
ime
ale-
soin
mée
eau
nce
les
par
gles
un
nis-
du
du
de
La
ette



un des précieux médicaments modernes

CHLOROMYCETIN®

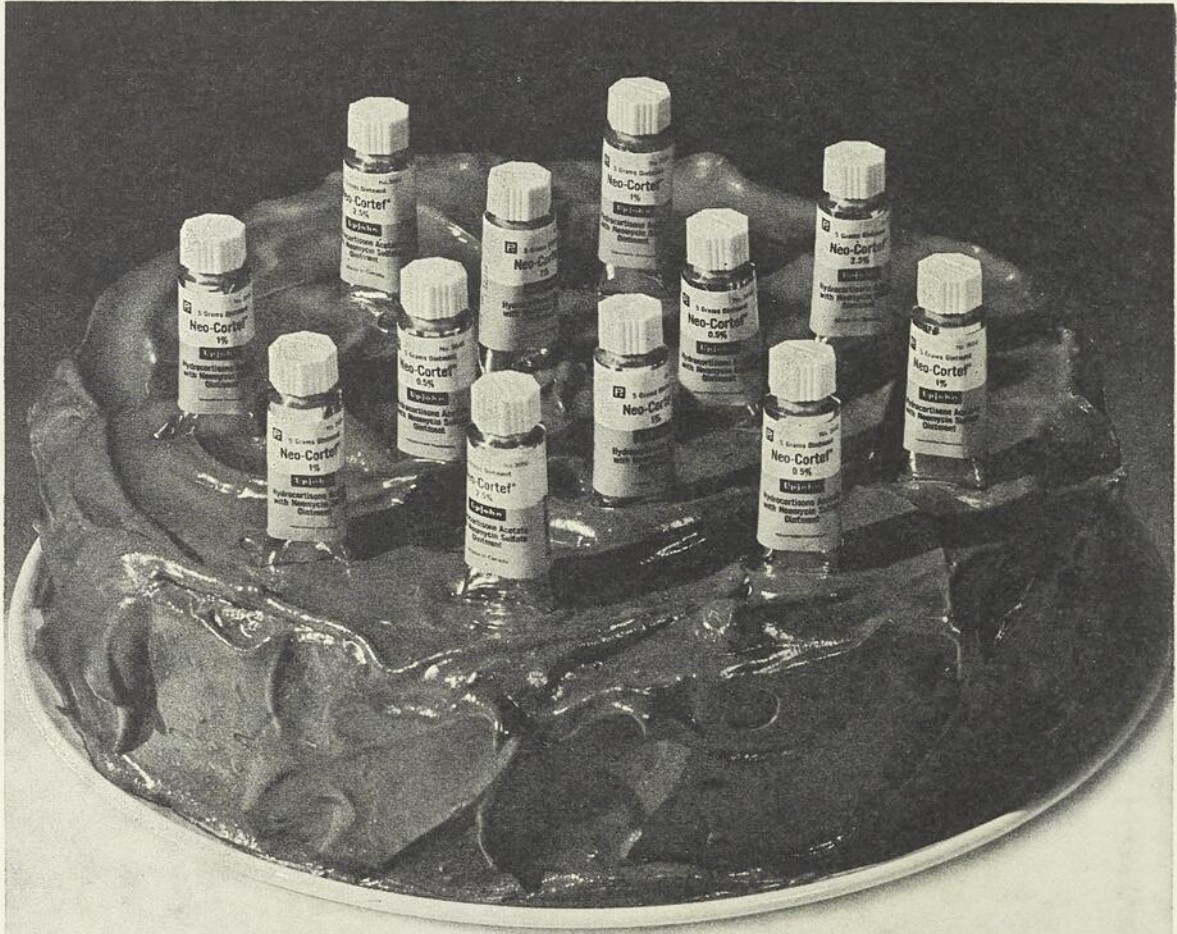
(chloramphénicol)

PARKE-DAVIS

PARKE, DAVIS & COMPANY, LTD., MONTRÉAL 9

Documentation complète (incluant la mise en garde)
fournie sur demande.

79766



12 ans d'âge

Nombre de nouveaux produits ont leurs beaux jours, puis tombent bientôt dans l'oubli. Toutefois, le Neo-Cortef, 12 ans après sa mise sur le marché, continue d'exercer la même action efficace qui a fait de ce produit un classique dans le domaine de la corticothérapie. Le Neo-Cortef s'est révélé comme un produit efficace et fiable.

MARQUES DÉPOSÉES: CORTEF ET NEO-CORTEF CF 3545.1

THE UPJOHN COMPANY OF CANADA/DON MILLS (TORONTO), ONTARIO

ONGUENT Neo-Cortef

Composition par gramme:
Acétate d'hydrocortisone 5 mg (0.5%)
ou 10 mg (1.0%)
ou 25 mg (2.5%)
Sulfate de néomycine 5 mg
(correspondant à 3.5 mg de néomycine base)

Présentation:

Concentration à 0.5%, en tubes de 5, de 20 et de 40 g;
Concentration à 1.0%, en tubes de 5 et de 20 g;
Concentration à 2.5% en tubes de 5 et de 20 g.

Upjohn



elle désire ardemment mener une vie active et productive . . .

Bon nombre de femmes d'âge moyen cependant, demeurent étrangères aux satisfactions d'une vie active et productive.

Pourquoi? Ce fait, déclare le Dr Robert Greenblatt, est dû "à la carence hormonale et à son cortège de conséquences telles que l'ostéoporose, les modifications de l'épiderme et des muqueuses et l'affection cardiovasculaire."¹ "La dégénérescence mentale à laquelle nous sommes tous sujets à des degrés divers peut être accélérée chez la femme postménopausée carencée en œstrogènes — par ailleurs, elle peut être, jusqu'à un certain point, corrigée par l'œstrogénothérapie substitutive", selon le docteur Edmund Overstreet.² "Le phénobarbital, les anticholinergiques et la psychothérapie soulagent les bouffées de chaleur et les symptômes psychiques de la ménopause", écrit le docteur Kost Shelton, "mais ils ne peuvent retarder le vieillissement. Les œstrogènes, par contre, ont cet effet!"³

Bibliographie

1. Greenblatt, Robert A.: New Eng. J. Med. 272:305 (11 fév.) 1965
2. Overstreet, Edmund W.: Medical News J.A.M.A. Vol. 183, N° 9, (2 mars) 1964
3. Kost Shelton, E.: J. of the Am. Geriatrics Soc. Vol. II, N° 10 (Octobre) 1954

'PRÉMARINE'
— les œstrogènes "naturels"



Produits
pharmaceutiques
mis au point par
la recherche
médicale

RÉQUISITION DE BACTÉRIOLOGIE

EXAMEN REQUIS

Prélèvement dans la gorge

TEMPS DU PRÉLÈVEMENT

9.30

AM

PM

Culture et antibiogramme

SENSIBILITÉ AUX ANTIBIOTIQUES
MÉDICAMENT SOUCHES

1 2 3 4

S SENSIBLE
M MODÉRÉMENT SENSIBLE
R RÉSISTANT

RAPPORT:—

PÉNICILLINE G

MÉTHICILLINE

CLOXACILLINE

AMPICILLINE

ÉRYTHROMYCINE

NOVOBIO

TÉTRACYCLINE

CHLORAMPHÉNIC

S M

M S

M S

S S

R M

R

S S

M

cette situation
exige
'PENBRITINE'

Lorsque le micro-organisme impliqué est sensible à l'ampicilline, recommandez la "PENBRITINE"

- Est bactéricide et donc d'une plus grande efficacité que les agents bactériostatiques. La "Penbritine" n'inhibe pas seulement mais tue les bactéries.
- L'importance des prises n'entraîne pas une augmentation du risque de toxicité comme chez les autres antibiotiques à large spectre.
- Ne cause
ni décoloration des dents
ni altération de la croissance des os
ni lésion rénale
ni dyscrasie sanguine

Présentée dans une vaste gamme de formules posologiques :

"PENBRITINE"-Capsules-125, 250 et 500 mg d'ampicilline.

"PENBRITINE"-Liquide-125 mg d'ampicilline à la c. à thé (5 cm³).

"PENBRITINE"-Gouttes pédiatriques-100 mg d'ampicilline au cm³.

"PENBRITINE"-Injectable-125, 250, 500 et 1 000 mg d'ampicilline.

Renseignements détaillés fournis sur demande.

LABORATOIRES AYERST

division de Ayerst, McKenna & Harrison, Limitée-Montréal, "Penbritine" de fabrication canadienne selon accord avec LES LABORATOIRES DE RECHERCHE BEECHAM

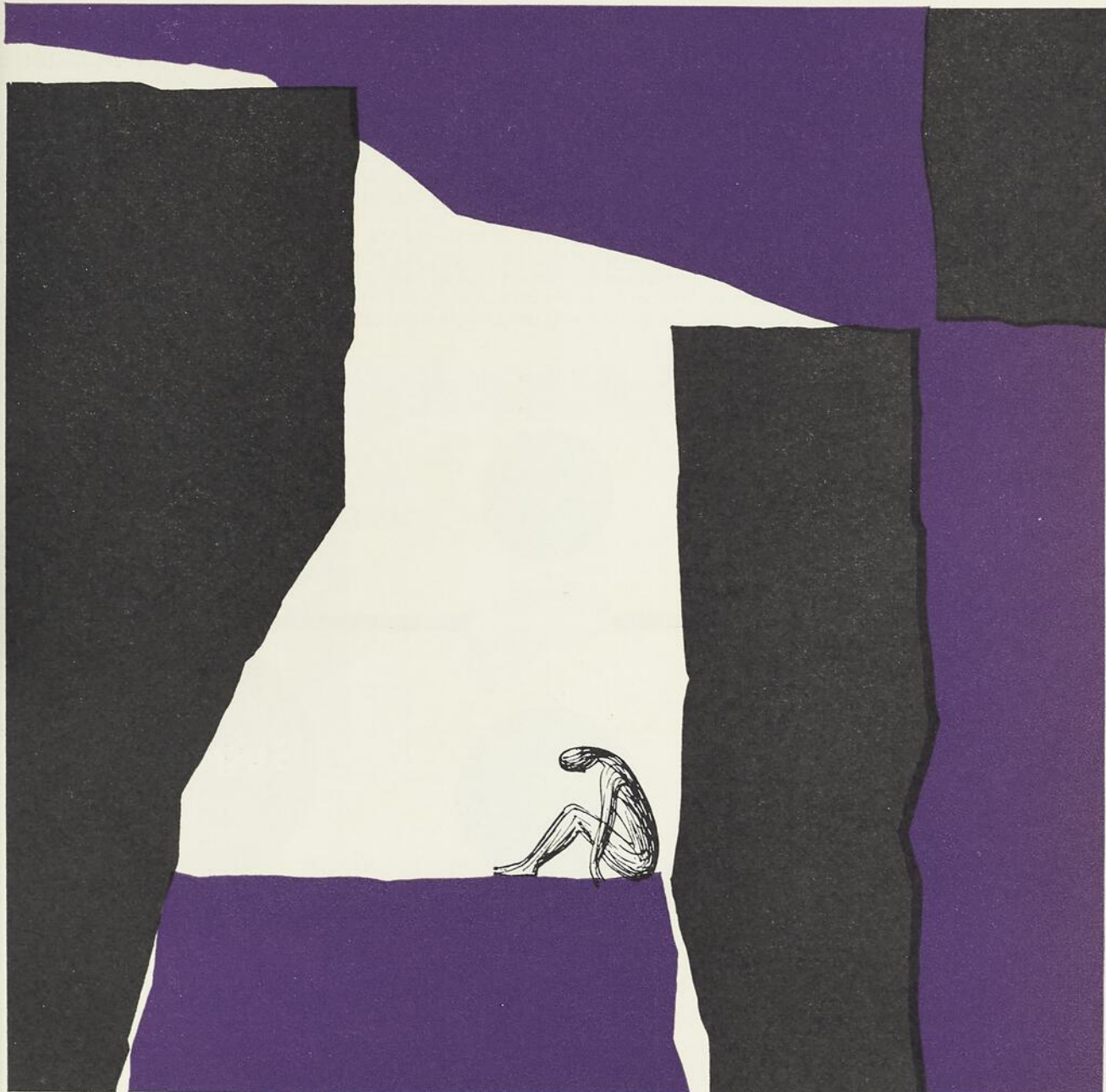
Produits
pharmaceutiques
mis au point
par la recherche
médicale



Dans les états dépressifs... Tofrānil® Geigy

chlorhydrate d'imipramine

Le Tofrānil est définitivement reconnu comme étant le médicament fondamental pour le contrôle de la dépression. Plus de 2,000 mémoires en attestent la valeur. Le Tofrānil est efficace dans toutes les formes de dépression, un avantage qui élimine le problème du diagnostic différentiel. Le Tofrānil n'inhibe pas la MAO ; il est donc généralement bien toléré et s'adapte de façon idéale à la pratique privée aussi bien qu'au traitement hospitalier.



G-1800 F



Produits Pharmaceutiques Geigy
Division de Geigy (Canada) Limited
Montréal

Trois formes posologiques sont disponibles :
dragées à 25 mg pour usage général
dragées à 10 mg pour adolescents et
patients âgés
ampoules à 25 mg/2 ml pour injection
intramusculaire.

Sur demande, on recevra une documenta-
tion et un guide thérapeutique complets,
posologie, contre-indications et effets
secondaires compris.

concept nouveau . . .

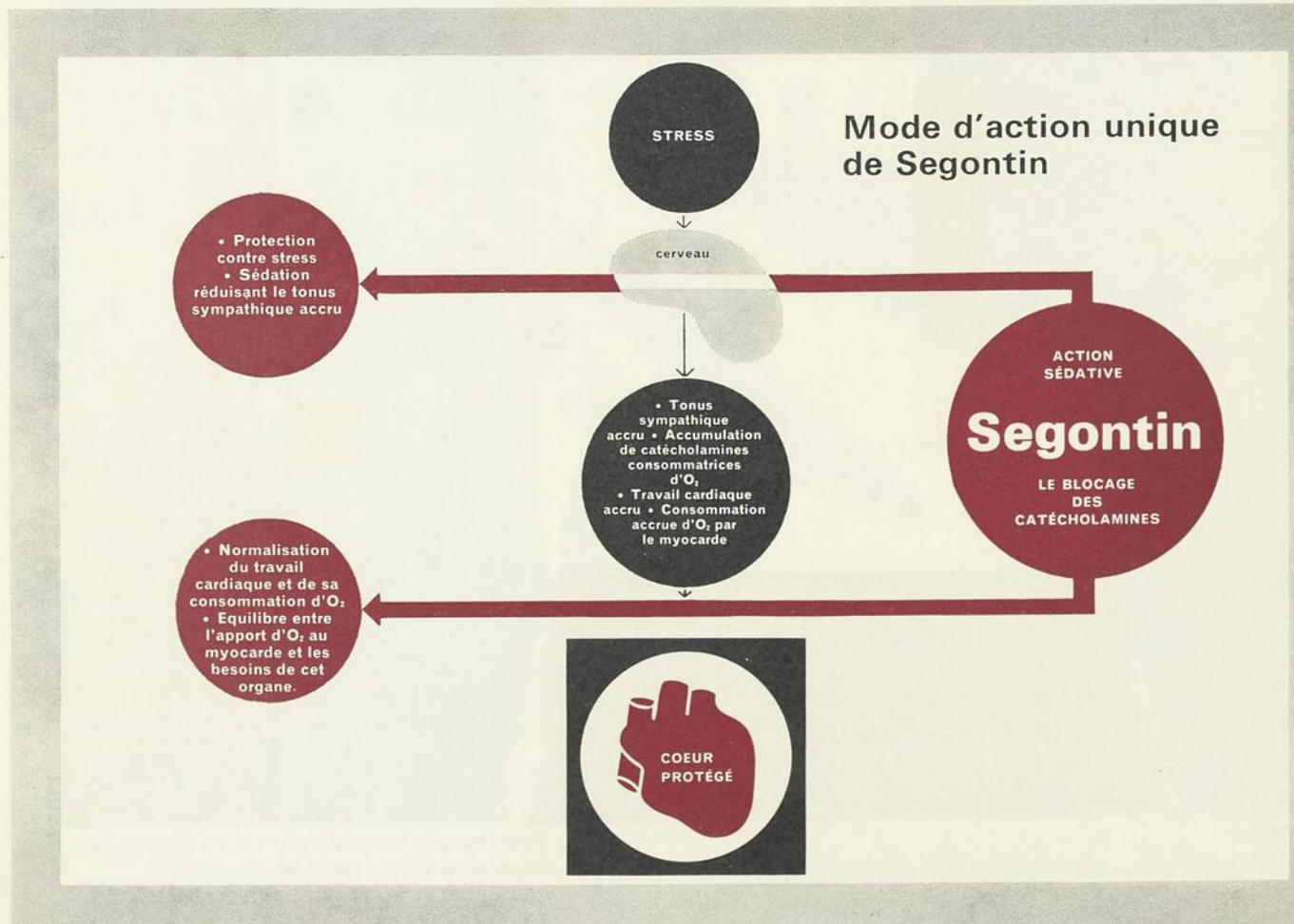
"le blocage des catécholamines

Segontins

(lactate de prénylamine)

Pour le traitement efficace de l'angine de poitrine au moyen d'une action combinée sur les causes *physiques* et *émotionnelles* de l'angine de poitrine.

Effets des catécholamines sur le myocarde. Les catécholamines (noradrénaline, adrénaline) accroissent les besoins en oxygène du myocarde, en augmentant le travail et le métabolisme cardiaques. Le surrénale et le sympathique stimulés par le stress et l'exercice libèrent les catécholamines et cette stimulation provoque la décharge de noradrénaline et d'adrénaline dans les cellules myocardiques. Ceci provoque l'accumulation dans le myocarde de "catécholamines consommatrices d'oxygène" entraînant ainsi l'angine de poitrine. **Mode d'action unique de Segontin.** Segontin agit comme un puissant agent de blocage des catécholamines, les empêchant d'atteindre les cellules du myocarde. Segontin exerce aussi une activité légèrement sédative qui soulage l'angine provoquée par les stimuli sympathiques centraux déclenchant la libération des catécholamines. Cette action combinée permet un blocage efficace des catécholamines et maintient ainsi l'équilibre normal entre l'apport d'oxygène au myocarde et les besoins de cet organe, prévenant de cette façon l'angine de poitrine. En outre, on a démontré que Segontin peut dilater les artères coronaires pourvu qu'elles soient dilatables.



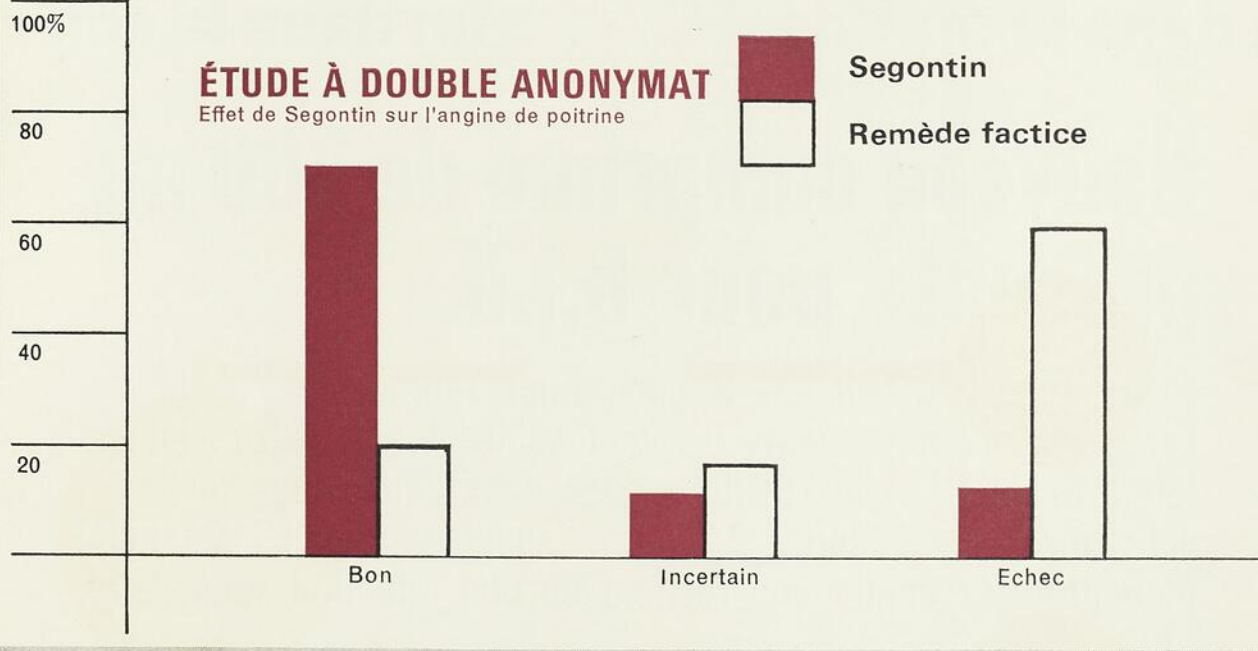
nouvelles preuves cliniques . . . étude à double
anonymat

Segontin[®]

(lactate de prénylamine)

Les causes physiques et émotionnelles de l'angine de poitrine sont soumises à de nombreux facteurs de milieu. Aussi l'étude en jeu a-t-elle été poursuivie chez des malades externes qui poursuivaient leurs habitudes normales. On n'a pas pris de mesures générales supplémentaires comme l'interdiction absolue de fumer ou quelque protection particulière contre le froid.

Segontin est efficace dans plus de 70% des cas, le remède factice dans seulement 20%



Ce graphique révèle les résultats d'une étude à double anonyme avec Segontin et un remède factice chez 32 malades souffrant d'angine de poitrine.

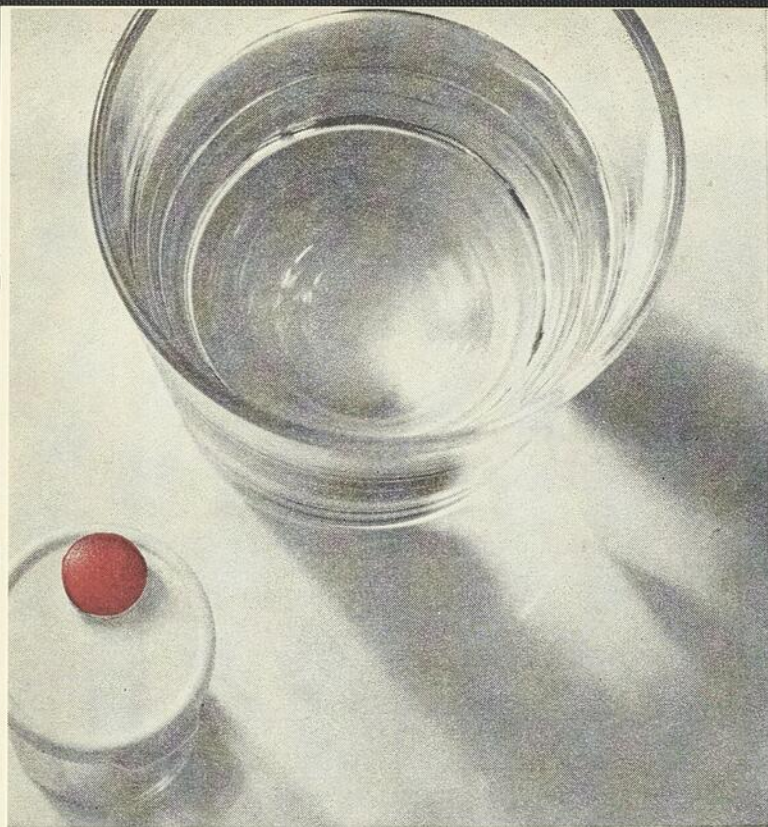
"Les résultats de l'étude à double anonyme démontrent un effet statistiquement reconnu de Segontin"

Kappert, A., Zeitschrift für Therapy, 3:2, 82-86, 1965.

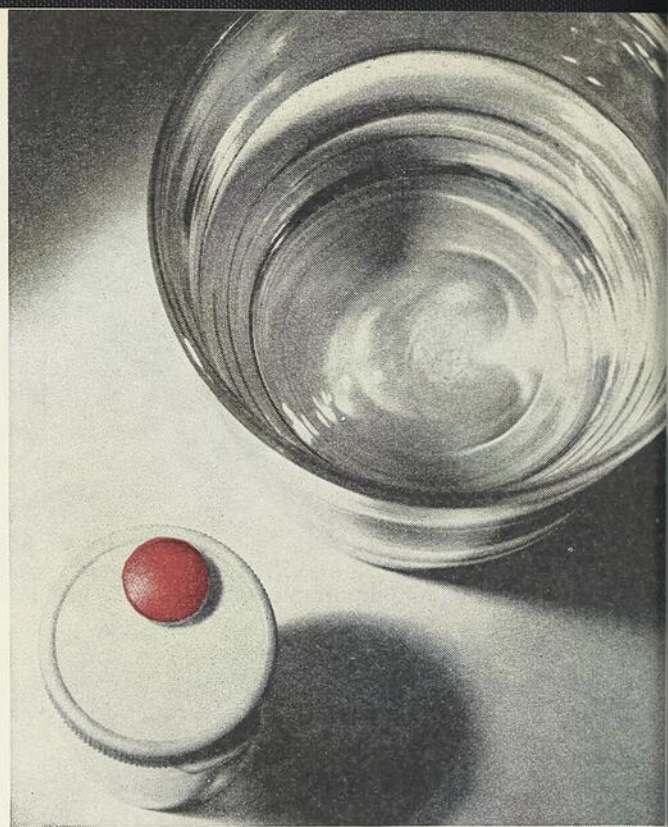
Indications: Segontin est indiqué pour le traitement à longue échéance de l'angine de poitrine, non pour le soulagement immédiat d'une crise aiguë étant donné que des effets durables sont obtenus seulement après plusieurs jours de traitement. Le médecin pourrait trouver souhaitable de continuer le médicament habituel (nitroglycérine) durant cette phase initiale en cas de crise aiguë. **Posologie:** En général, on commence le traitement avec 60 mg (1 comprimé) 3 fois par jour jusqu'à l'apparition d'une amélioration. On peut accroître cette posologie jusqu'à 60 mg 4 fois par jour chez les malades qui ne réagissent pas au traitement dans les 7 jours. Par la suite, on doit adapter la posologie à chaque malade particulier. La dose habituelle d'entretien est de 60 mg deux fois par jour. **Effets secondaires:** Segontin est bien toléré en général même au cours de l'administration prolongée. On a rapporté occasionnellement des effets secondaires tels que nausées, vomissements ou diarrhées. Une rougeur de la face peut survenir au cours des premiers jours de traitement. On a observé de la somnolence en certains cas. On a rapporté des signes de dépression mentale à la suite de l'administration de fortes doses. On a constaté aussi des cas occasionnels d'éruption cutanée. **Précautions:** on ne doit pas administrer Segontin conjointement avec des inhibiteurs de la monoamine oxydase. Il peut potentialiser l'action des médicaments antihypertenseurs d'où la nécessité d'une réduction de la posologie de l'un ou des deux agents. Comme avec tous les nouveaux médicaments, Segontin doit être administré avec prudence chez les malades ayant une fonction hépatique ou rénale déficiente. A la suite de l'administration prolongée de fortes doses de Segontin (240 mg/jour) on a observé des altérations réversibles de la fonction hépatique chez des sujets ayant un antécédent d'ingestion chronique excessive d'alcool. On doit procéder à des évaluations régulières des fonctions hépatique et rénale et analyser le sang lorsque Segontin est administré en traitement prolongé. Les malades doivent être avertis de ne pas dépasser les limites de leur réserve coronarienne quand leur état s'améliore. **Contre-indications:** Segontin est contre-indiqué en présence d'un bloc auriculoventriculaire ou intraventriculaire grave. Les études de la reproduction chez les rats, lapins et souris n'ont pas révélé d'anomalies fœtales. Toutefois, tant que l'on n'aura pas rassemblé suffisamment de données expérimentales pour déterminer la sécurité de ce médicament chez l'être humain, Segontin ne devra pas être administré pendant la grossesse. **Présentation:** Segontin (lactate de prénylamine), est présent en flacons de 50 et de 500 dragées. Chaque dragée rose renferme du lactate de prénylamine correspondant à 60 mg de base.

Segontin
protège le coeur.





un dans la matinée



un dans la soirée

Nouveau comprimé de 300 mg présenté pour b.i.d.

Pour les adultes — 2 comprimés fournissent 24 heures complètes de traitement... avec tous les bienfaits supplémentaires de la DÉCLOMYCINE... dose quotidienne plus faible... activité dûment établie... 1-2 jours "supplémentaires" d'activité pour protéger contre une rechute ou une infection secondaire.

DECLOMYCIN® 300

Déclomycine, Déméthylchlorotétracycline Lederle

COMPRIMÉS FILMO-ENROBÉS de 300 mg

Efficace dans une gamme étendue d'infections courantes — respiratoires, urinaires et autres — chez les jeunes et les vieux — dans les maladies aiguës ou chroniques — quand le germe causal est sensible à la tétracycline. Avertisse-

ment: s'il y a atteinte rénale, même les doses usuelles orales et parentérales peuvent entraîner une accumulation excessive dans l'organisme, avec risques d'hépatotoxicité. Dans ces conditions, des doses plus faibles que les

doses usuelles sont indiquées, et si le traitement doit être prolongé, il peut être désirable de faire des déterminations de taux sanguin de déméthylchlorotétracycline.



CYANAMID OF CANADA LIMITED, Montréal

Les antibiotiques Lederle Auréomycine, Achromycine et Déclomycine sont les seules tétracyclines fabriquées entièrement au Canada. Littérature médicale sur demande.

©Marque déposée



T É L É P H O N E S
524-2454 et 524-2455

Charrier & Dugal INC.

IMPRIMEURS ☆
☆ LITHOGRAPHE S

ANGLE ST-ROCH et ST-VALLIER - QUÉBEC

*TOUS TRAVAUX
D'IMPRESSION TYPOGRAPHIQUE
ET DE LITHOGRAPHIE.*



*La réussite de nos travaux
est notre meilleure publicité.*

CONSULTEZ NOS CLIENTS !





Les malades psychonévrosés requièrent en général plus que simplement du temps et des encouragements

TRIAVIL*

sert de médication de soutien au cours du traitement long et souvent difficile du malade souffrant de psychonévrose. Le TRIAVIL atténue les réactions exagérées à la tension quotidienne; il permet une meilleure adaptation et une plus claire vision des problèmes et, partant, il rend plus efficaces... le temps et les encouragements prodigués au cours des consultations.

Le TRIAVIL est un agent psychothérapeutique actif dans nombre d'applications cliniques qui permet d'obvier aux manifestations multiples et variées de la psychonévrose telles que l'appréhension, l'agitation, l'état dépressif et l'apathie. Sa double action résulte de l'association, sous un même comprimé, de la perphénazine et du chlorhydrate d'amitriptyline.

Le traitement au TRIAVIL améliore les symptômes tant psychiques que psychosomatiques chez la plupart des patients.

INDICATIONS CLINIQUES VARIÉES

Les troubles psychoneurotiques se manifestent sous forme de réactions émotives exagérées devant les situations quotidiennes sources de tension normale.

Le TRIAVIL s'est révélé efficace dans le traitement des *symptômes psychiques* tels que l'appréhension, l'agitation, l'état dépressif, l'insomnie, la fatigue inexplicable, l'apathie; et des manifestations psychosomatiques, particulièrement sous forme de faiblesse, d'anorexie, de sychurie, de céphalée, de palpitations, de vagues douleurs abdominales.

POURQUOI EMPLOYER LE TRIAVIL?

Au traitement classique en cabinet de consultation, le TRIAVIL est un adjuvant qui aidera à résoudre plusieurs des problèmes complexes d'ordre émotif du psychonévrosé.

Le TRIAVIL

1. aide le patient à s'adapter d'une façon plus réaliste à son milieu;
2. peut être employé pour réduire les réactions émotives exagérées en présence d'une maladie organique chronique;
3. améliore d'ordinaire les perturbations du sommeil;
4. atténue les symptômes pénibles et permet au malade d'acquiescer une meilleure compréhension de ses problèmes;
5. peut assurer, grâce au soulagement rapide des symptômes, une plus grande efficacité aux relations entre le médecin et son patient.

SCHÉMA POSOLOGIQUE SIMPLE

La posologie habituelle de TRIAVIL consiste dans l'administration d'UN comprimé, trois ou quatre fois par jour.

Cette posologie doit s'établir en fonction des besoins et de la réponse de chaque patient; mais ne doit pas excéder 10 comprimés par jour. Dès que l'on note une réaction satisfaisante, on doit diminuer la dose jusqu'au seuil posologique le plus bas correspondant au soulagement des symptômes qui ont motivé l'administration de TRIAVIL.

AUCUN NOUVEL EFFET SECONDAIRE

L'étude de TRIAVIL en champ clinique n'a révélé aucun effet secondaire particulier à l'association de ces deux substances. Ceux qu'on a observés n'étaient autres que les effets isolés de la perphénazine ou du chlorhydrate d'amitriptyline rapportés auparavant.

Perphénazine: Certaines réactions fâcheuses de la perphénazine semblent se manifester plus souvent avec l'emploi de doses élevées. On a cité des symptômes extrapyramidaux que maîtrise d'ordinaire, l'emploi concomitant de COGENTIN* ou une réduction de la posologie. Les effets secondaires attribuables à la perphénazine qui peuvent survenir parfois comprennent: la sécheresse de la bouche, la céphalée, la nausée, les vomissements, la constipation, la constipation opiniâtre, la sychurie, la confusion visuelle, l'enchifrènement, l'hypotension et des variations sphygmiques.

Chlorhydrate d'amitriptyline: D'autres effets secondaires qui eux aussi se manifestent occasionnellement sont en relation avec l'emploi du chlorhydrate d'amitriptyline. Ils consistent en: somnolence, vertiges, nausées, agitation, hypotension, tremblements de petite amplitude, nervosité, céphalée, aigreurs gastriques, anorexie, hyperdrosie, éruption cutanée, engourdissement et sensation de fourmillement dans les bras et sécheresse de la bouche.

CONTRE-INDICATIONS

La perphénazine qu'il renferme ne permet pas d'utiliser le TRIAVIL en présence de dépression de la moelle osseuse.

L'amitriptyline étant anticholinergique, le TRIAVIL est contre-indiqué dans les cas de glaucome et chez ceux qui sont sujets à des troubles de rétention urinaire.

Les expériences sur la reproduction du rat n'ont pas révélé d'anomalie fœtale. Toutefois les études cliniques relatives à la grossesse et les observations ultérieures à l'accouchement sont encore trop restreintes pour permettre de recommander le TRIAVIL à la femme enceinte.

PRÉCAUTIONS

Comme c'est le cas dans l'emploi de tout agent psychothérapeutique, le médecin doit prévenir les malades contre la possibilité d'erreurs de jugement attribuables aux modifications de l'humeur et la possibilité d'une réaction inaccoutumée à l'alcool. Ces erreurs de jugement concernent particulièrement les gens qui conduisent un véhicule motorisé; il faudra alors leur déconseiller de conduire un véhicule-moteur tant que ces effets du traitement n'auront pas disparu.

L'administration du TRIAVIL doit se faire avec prudence aux malades ayant des antécédents de convulsions et à ceux qui ont éprouvé des réactions secondaires graves à l'administration d'autres dérivés de la phénothiazine.

La bibliographie médicale rapporte que les composés inhibiteurs de la mono-amine-oxydase peuvent renforcer les effets d'autres médicaments. Aussi recommande-t-on un intervalle de deux semaines au moins, entre l'administration des deux médicaments au sujet qui passe de l'agent inhibiteur de la mono-amine-oxydase au TRIAVIL afin que le malade puisse s'affranchir des effets inhibiteurs de la mono-amine-oxydase. Il importe de se rappeler que la possibilité de suicide chez les sujets fortement déprimés est liée à leur maladie et qu'elle peut subsister jusqu'à rémission significative des symptômes.

On recommande aux médecins, avant de prescrire TRIAVIL, de consulter la documentation détaillée qu'ils peuvent obtenir sur demande ou le prospectus accompagnant le produit.

PRÉSENTATION

Le TRIAVIL est présenté sous forme de comprimés oblongs, rose-saumon, dosés à 3 mg de perphénazine et à 15 mg de chlorhydrate d'amitriptyline, en flacons de 50.



MERCK SHARP & DOHME
OF CANADA LIMITED MONTREAL

*Marque déposée

Téléphone: 529-5741

W. BRUNET & CIE Ltée

PHARMACIE EN GROS

Au service de la profession médicale

600 est, boulevard Charest,

Québec 2, P.Q.

CONTRIBUTION DE

KOMO CONSTRUCTION LIMITÉE

AMÉDÉE DEMERS, président.

PLUS DE CENT ANS AU SERVICE DE LA MÉDECINE

J.-E. LIVERNOIS, Limitée

PHARMACIENS EN GROS

PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES
INSTRUMENTS ET ACCESSOIRES DE CHIRURGIE - PRODUITS BIOLOGIQUES
ARTICLES DE PHOTOGRAPHIE - CINÉ-CAMÉRAS

1200, rue Saint-Jean, Québec.

Téléphone : 522-5214



"Ca ravigote"

SI PUR ... SI BON ... ET SAIN POUR TOUS

**LA PHOTOGRAVURE ARTISTIQUE
INC.**Photos Dessin Clichés Flans Retouche
Électros

288 est, rue Arago, Québec.

Tél: 524-2438

Achetez toujours vos **FOURRURES** des experts pour plus de satisfaction**J.-O. NADEAU & FILS, Inc.**

600, côte d'Abraham, Québec.

Téléphone : 522-6429

Téléphone : 522-2091

J.-ANTONIN MARQUIS

PHARMACIEN

Directeur de l'École de Pharmacie de l'Université Laval

501, 3^e Avenue, Québec.

Téléphone : 525-4825

ADÉLARD LABERGE, Ltée

ENTREPRENEUR

260, 5^e Rue, Québec 3, P. Q.

HUILE — COMBUSTIBLE — CHARBON

CANADIAN IMPORT COMPANY

83, rue Dalhousie, Québec. - Tél.: 692-1510

J.-ELZÉAR DION, président JULES RICHARD, vice-président

TREMBLAY & DION, Inc.

PHOTO-LITHOGRAPHIE

Téléphone : 522-6427 725, côte d'Abraham, Québec.

Téléphone : 529-9244

CLÉMENT & CLÉMENT, INC.Clavigraphes et machines à additionner Underwood
VENTE - SERVICE - LOCATION

555 est, boulevard Charest (face à la Cie Paquet), Québec.

Téléphone : 527-3568

MEMBRE DU F. T. D.

A.-F. BARDOU

JARDINIER-FLEURISTE

1664, chemin Saint-Louis, Québec.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANNONCEURS

A	F
Ames Company of Canada, Ltd.	Frosst & Co., Charles E.
30	12, 29
Arlington-Funk Laboratories, division U. S. Vitamin Corp. of Canada, Ltd.	
28	
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltd.	G
41, 42	
	Geigy Pharmaceuticals, Ltd.
	10, 43
B	H
Banque d'Économie de Québec	
31	
Bardou, A.-F.	Herdt & Charton, Inc.
50	25, 27
Bristol Laboratories Can. Ltd.	Hoechst Pharmaceuticals of Canada, Ltd. 8, 9, 33, 34, 44, 45
6	
Brunet, W., & Cie Ltée.	Hoffmann-La Roche, Ltée.
49	Couv. IV
C	J
	Jardins Pont-de-Québec
	Couv. III
Calmic Limited	
17	
Canadian Import Co.	K
50	
Canadian Laboratory Supplies, Ltd.	
21	
Chabot, Germain	Komo Construction, Ltée.
31	49
Charrier & Dugal (1965) Ltée.	
47	
Claire-Fontaine, Ltée.	L
50	
Clément & Clément, Inc.	
50	
Coronet Drug, Company	
19	
D	Laberge, Adélar, Ltée.
	50
	Laboratoires Abbot, Ltée.
	22
	Laboratoire Demers, Enr., Le.
	Couv. III
	Laboratoires Jean Olive
	20, 35
Desbergers Limitée.	Laboratoire Nadeau Ltée.
14	13

DEMO-CINÉOL

suppositoires

3 formules :

ADULTES - ENFANTS - BÉBÉS

LE SUPPOSITOIRE LE PLUS ACTIF DANS LE DOMAINE DES VOIES RESPIRATOIRES

LE LABORATOIRE DEMERS, LIMITÉE

2721, rue Tremblay,

- Sainte-Foy, Québec 10, P.Q.

jardins

PONT DE QUÉBEC, INC.

ROGER DUCHARME, GÉRANT
JULIEN DUMAIS, GÉRANT-ADJOINT

SERVICES PAYSAGISTES
3235, chemin Saint-Louis
QUÉBEC 10, tél. : 653-2885



LES PRODUITS

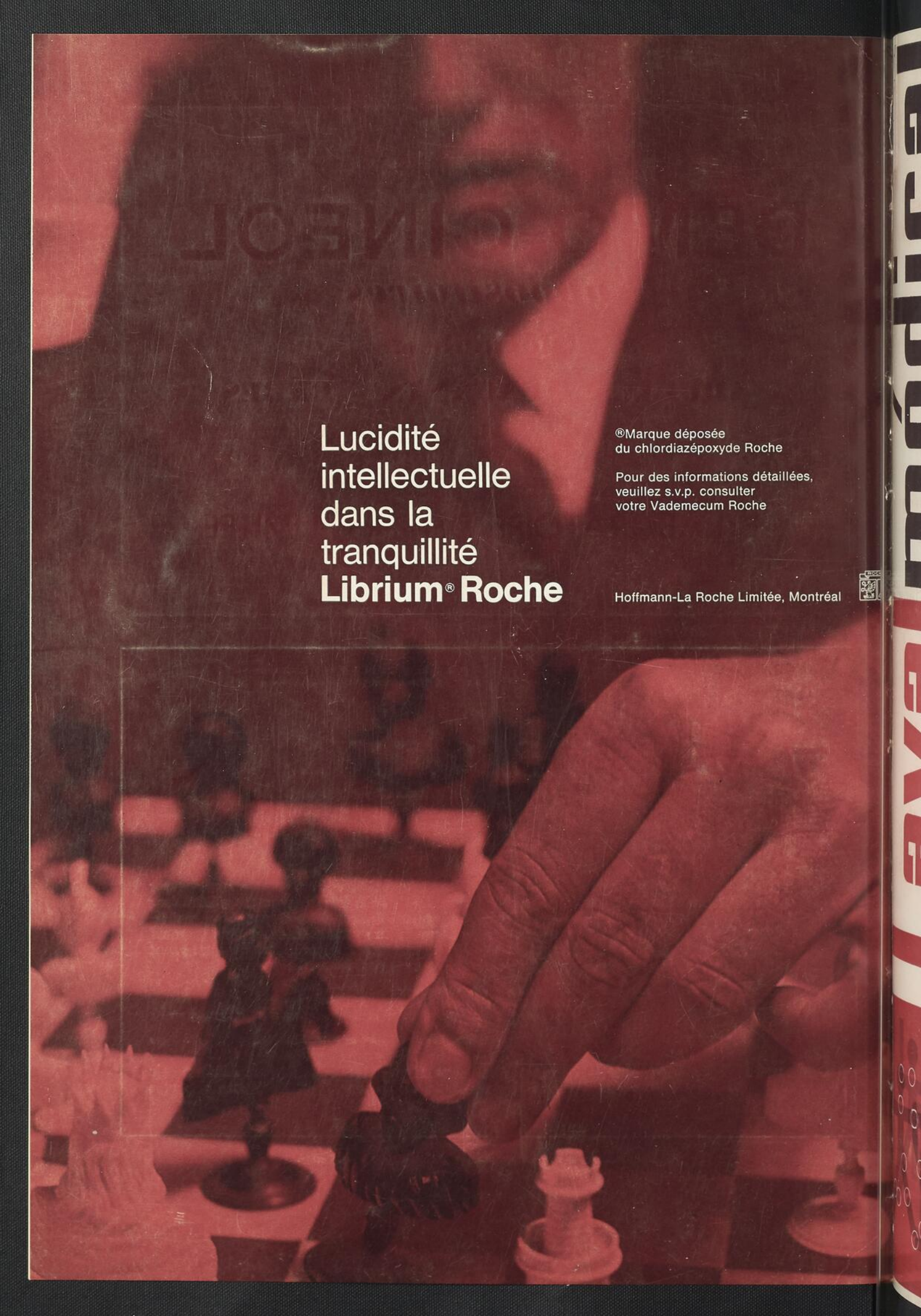
Au comptoir de vente du chemin Saint-Louis vous pouvez vous procurer tout ce qui a trait aux jardins et parterres ; de la pelle au tracteur maraîcher ; de l'insecticide aux fertilisants, uniquement des produits de première qualité. Notre terrain bien aménagé vous donnera un avant-goût de ce qu'il vous est possible de réaliser chez vous. L'endroit est central, le stationnement facile et vous serez toujours accueillis avec courtoisie.

CONIFÈRES DOMESTIQUES ET IMPORTÉS
ARBRES D'ORNEMENTS • ARBUSTES D'ORNEMENTS
ARBUSTES POUR HAIE • PLANTES GRIMPANTES ET TAPISSANTES

Garantie de remplacement pour toutes nos plantations

LES SERVICES

Estimé gratuit • Dessin d'un plan d'ensemble • Émondage • Diagnostic et traitement des maladies végétales • Immunisation des plants importés • Plantation • Arrosage • Entretien des pelouses.

A man with a beard and mustache is shown in a close-up, looking down at a chessboard. His hand is visible, moving a chess piece. The scene is dimly lit, with a warm, reddish-brown color palette. The chessboard and pieces are visible in the foreground and background, creating a sense of depth and focus on the game.

Lucidité
intellectuelle
dans la
tranquillité
Librium® Roche

©Marque déposée
du chlordiazépoxyde Roche

Pour des informations détaillées,
veuillez s.v.p. consulter
votre Vademecum Roche

Hoffmann-La Roche Limitée, Montréal

